Nr. 45. 7. listopada 1926. Rok V.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. Henryk SOCHAŃSKI. Lwów.

Zaburzenia w tworzeniu oraz wydalaniu żółci i łączność ich z układem nerwowym.

I część tematu: Wątroba a układ nerwowy.

Z kliniki chorób wewnętrznych we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki.

Od czasów bardzo zamierzchłych łączono zaburzenia czynności systemu nerwowego z nieprawidłową funkcją wątroby. Hippokrates, któremu choroby układu nerwowego nie były całkiem obce, uważał prawidłowe czynności ustroju, z mózgiem włącznie, za wynik odpowiedniego zmięszania się czterech głównych soków ustroju, a temsamem przyznawał wątrobie, jako twórczyni jednego z tych soków, ważny wpływ na sprawność systemu nerwowego. Galen sądził, iż wątroba, będąca siedzibą tak zwanego *pneuma phisicon*, kieruje czynnościami, odpowiadającemi funkcjom neuro-wegetatywnym w dzisiejszem pojęciu. Następcy wspomnianych badaczy nie odbiegali zbytnio od ich poglądów. Z chwilą odkrycia krążenia krwi (Harvey), naczyń mleczowych oraz przewodu piersiowego (Aselli, Pecquet) zmieniły się zapatrywania. Bartholinus napisał pracę pod tytułem: *Vasa lymphatica in animantibus nuper inventa et hepatis exequiae* (1653), w której odmówił wątrobie wszelkiego znaczenia. Tego samego zdania był Glisson. Nastał okres, w którym uważano wątrobę za mało znaczny narząd wydalający żółć. Dopiero Magendie począł powątpiewać o tem, iżby drogą chłonki mogła cała masa wessanych z jelit substancyj wpływać do krwi. Tiedemann i Gmelin poznali znaczenie żyły brannej, a temsamem przywrócili wątrobę omal że do dawnego znaczenia. Przyszły czasy Klaudjusza Bernarda. Genjalne jego odkrycia rzuciły snop światła na czynność wątroby oraz związek jej z układem nerwowym i dały pochop do badań, które nie tylko utrwaliły jej znaczenie jako wielkiego laboratorjum ustroju, ale przytem wykryły ścisły jej związek z układem nerwowym zwłaszcza wegetatywnym i systemem gruczołów dokrewnych. Badania Fameune'a dopełniły całości odnośnie do roli omawianego gruczołu jako czynnika wpływającego wprost na czynności mózgu. Myśli, które powstały w umysłach starożytnych badaczy, zjawiły się w nauce znowu, ale w innej, precyzyjnej, współcześnie pojętej postaci.

Mimo wszystko trzeba przyznać, iż badania związku wątroby z układem nerwowym nie cieszą się dziś zbytnią popularnością. Podręczniki opracowują ten temat przeważnie bardzo pobieżnie a prace dotyczące tego ciekawego problemu gubią się w masie innych, które mają dążność do omijania czynników nerwowych, o ile chodzi o czynności wątroby. A dzieje się to niesłusznie.

Choroby wątroby łączą się zawsze z pewną charakterystyczną zmianą czynności nerwowego układu. Chorzy stają się zgryźliwi, nudni, nic ich nie cieszy, łatwo się gniewają, dręczy ich uczucie ogólnej niemocy. Towarzyszy temu nie rzadko cały szereg zaburzeń czynnościowych organów zmysłowych. Węch jest często nadczuły i jakościowo nienormalny. Zapachy, poprzednio miło odczuwane, stają się nieznośne, woń poprzednio niemiła dla chorego przybiera dlań cechy odrażające. Wielki udział omówionych zboczeń w postaciowaniu całokształtu depressyjnego nastroju nie daje się zaprzeczyć. Zaburzenia smakowe biorą też udział w obrazie. Pacjenci odczuwają w ustach smak gorżki, ciągle nań się skarżą, czynią wszelkie wysiłki, by go się pozbyć, ale naprożno. Spożywając pokarmy czują gorycz, nabierają do jedzenia odrazy, odsuwają od siebie wszelkie jadło i tylko z trudem dają się nakłonić do jedzenia. Wrażenia wzrokowe nabierają niekiedy także pewnych cech. Słyszy się nieraz, że wzrok chorego osłabł. Zwłaszcza wieczorem, gdy zmrok zapada wychodzi na jaw ten symptom. A składa się nań dużo. Uczestniczą w jego powstaniu ogólne osłabienie i przygnębienie. Tak jedno jak i drugie ma bezprzeczny, choć co do swej istoty jeszcze niezupełnie zbadany, wpływ ujemny na wrażliwość elementów światłoczułych siatkówki. Do tego przyłącza się często swoista nieczułość wzroku żółtaczkowych na krótkofaliste promienie. Tam gdzie jest ich dużo (zmierzch), czułość wzroku szczególnie jest słaba *(hemeralopia)*. Co do ksantopsji i bardzo rzadko spotykanej nyktalopji, to są one w odniesieniu do psychiki chorych inaczej ustosunkowane aniżeli zaburzenia poprzednie. Czasami mówią chorzy, że w ciągu dnia czują się jako tako, weselej, że wstępuje w nich otucha, lecz gdy noc zapada, opanowuje ich szczególna depressja. Zjawiska te, ciekawe z punktu widzenia naukowego, zasługują na więcej szczegółowe uwzględnienie niż dzieje się to dotychczas. Zmysł słuchu okazuje przy schorzeniach wątroby stosunkowo niewielkie odstępstwa od normy. Nadwrażliwość słuchu ogólna, względnie tylko na wyższe tony daje się czasami obserwować, przy ciężkich stanach niedomogi wątroby pojawia się szum w uszach a dopiero w bardzo groźnym okresie hepatargji słuch staje się słabym. Czuciowe dolegliwości są przy schorzeniach wątroby częste, zwłaszcza gdy zjawi się żółtaczka. O ile ta jest świeża, dokucza chorym uporczywym świądem. Świąd ten, wywołany zadrażnieniem parasympatycznych elementów skóry przez kwasy żółciowe, wzmaga się szczególnie wtedy, gdy nastrój parasympatyczny ustroju się wzmoże a więc w cieple i w ciągu nocy. Jeżeli do tego, o czem była mowa, dodamy szereg niemiłych senzacyj ze strony przewodu pokarmowego i innych narządów, to nie trudno wytłumaczyć ten szczególny nastrój chorych z cierpieniami wątroby, nastrój, który już popularnie związano trafnie z pojęciem zgorzkniałości i zgryźliwości.

Stwierdziliśmy, iż schorzenia wątroby wywierają wpływ na układ nerwowy. Zastanówmy się teraz nad zagadnieniem kierunkowo przeciwnem, to jest nad zależnością zaburzeń czynnościowych wątroby od systemu nerwowego. Problemem tym w odniesieniu do tworzenia, wydzielania i wydalania żółci postanowiłem zająć się w niniejszej pracy zachęcony do tego przez Prof. Dr. Renckiego. Rozpocznę omówieniem procesów czynnych przy wytwarzaniu żółciowych składników.

I.

Wytwarzanie żółci jest złożoną funkcją wątroby, uważaną od dawna za właściwość jej komórek. Proces, jaki się wtedy w nich odbywa, jest bardzo zawiły.

Żółć zawiera składniki wywodzące się ze substancyj znajdowanych we krwi, ale by do nich doprowadzić trzeba nader skomplikowanych przemian chemicznych. Przemiany te uważano do niedawna za wynik pracy wątroby, bliższe wglądanie w zjawisko poczęło jednak nasuwać pewne wątpliwości co do wątrobowej swoistości tych procesów. Rozległe badania doświadczalne na zwierzętach i porównanie ich z dociekaniami klinicystów i chemików wytworzyły obraz tak złożony, iż nie jest dziś możliwem omawiać wpływy nerwowe na wydzielanie żółci, póki nie wniknie się szczegółowo w całe zjawisko. Zanim więc omówię je jako całość podam dzisiejsze poglądy na pochodzenie poszczególnych składowych żółci i rolę wpływów wegetatywnych przy ich tworzeniu.

1.

Barwik żółciowy pochodzi bezwątpienia z barwika krwi, wiemy o tem już b. dawno. Hemoglobina (Hb) jest związkiem białka z częścią barwikową. Empiryczny wzór hematyny, podany przez większość badaczy, porównywany z podwójnie wziętą formułą Mały'ego dla bilirubiny (Bb), pozwalałyby przypuszczać, iż barwik żółci jest bogatszy od hematyny o 2 H_2O a uboższy o Fe. Głębsze wniknięcie w zjawisko nie pozwala na tak proste postawienie rzeczy. H. Fischer, S. J. Thannhauser, Willstätter, Nencki, Piloty, Küster, Röse i Marchlewski mają tę wielką zasługę, iż w zawiłym labiryncie chemji bjologicznie najważniejszych barwików ustrojowych, potrafili znaleść drogę i rozświetlić wiele zagadek. O ile chodzi o bilirubinę, to podnieść należy wartość badań H. Fischera, Küstera, Thannhausera, Röse'go i Piloty'ego. Dzięki żmudnym ich studjom, można ze zbadanych produktów redukcyjnego rozkładu barwika żółci (kwas bilirubinowy i izofonopyrrolo-karbonowy) wyrobić sobie obraz złożonej bilirubinowej cząsteczki.

Drobina Bb zawiera, podobnie jak to ma miejsce w barwnej składowej Hb, cztery jądra pyrrolowe. Odnośnie do szczegółów reszty budowy barwika żółci można dziś powiedzieć jak następuje:

Wielkość drobiny Bb jest zbliżona do rozmiaru cząsteczki hematyny. Po dwa jądra pyrrolowe połączone grupą CH_2 tworzą dwa, na drobinę barwika żółci składające się, kompleksy, związane ze sobą chromoforowym mostem, złożonym z dwu grup —CH=CH—. W każdem dwupyrrolowem ugrupowaniu jest jeden pyrrol z grupą OH na węglu bliższym grupy imidowej i grupą

CH_3 związaną z węglem dalszym od NH , drugi pyrrol zawiera metyl złączony z węglem sąsiadującym z NH a grupę $-CH=CH-COOH$ na dalszem miejscu. Redukcja barwika daje zrazu ciało barwne zwane przez H. Fischera mezobilirubiną. Ciało to ma w miejscu kompleksu $-CH=CH-COOH$ ugrupowanie $-(CH_2)_2-COOH$. Dalsze uwodorowanie odbarwia związek, tworząc substancję identyczną z urobilinogenem. Jest niem mezobilirubinogen, różniący się od mezobilirubiny budową dwu połączeń między kompleksami dwupyrrolowemi. Podczas gdy w Bb i mezobilirubinie są one nienasycone ($-CH=CH-$), mają w mezobilirubinogenie charakter nasycony: $-CH_2-CH_2-$.

Kondenzacja mezobilirubinogenu względnie urobilinogenu związana z utlenieniem, daje chemicznie niejednolite ciała kwasowego charakteru jak hydrobilirubina, urobilina i sterkobilina. Są one barwne i różnią się szczegółami składu. Urobilinogen jest substancją ściśle scharakteryzowaną z właściwym sobie czerwonym odczynem z aldehydem para-dwumetylamido-będźwinowym, w obecności HCl występującym.

Jednym z najczulszych odczynów barwnych [1]) Bb jest odczyn dwuazowy. Punkt zaczepienia kompleksu dwuazowego dotyczy grup imidowych. Zauważono, że Bb krwi daje ten odczyn albo zaraz albo po pewnym czasie. Pod wpływem alkoholu lub dłuższego przechowywania surowicy *in vitro*, różnica ta znika i polega najprawdopodobniej na różnicach stanu koloidowego. Wartość odczynu dwuazowego jest o tyle większa od innych, ogólnie nawet znanych jak np. odczyn Gmelina, iż szereg ciał, które długi czas uważano za identyczne z Bb, tego odczynu nie daje [2]).

Z ciał podobnych do Bb znamy najlepiej, hematoporfirynę. Jest ona w śladach normalnym składnikiem krwi, stale obecna jest też (sama lub jako chromogen) w minimalnych ilościach w moczu (hematoina Preyera, urospektryna Sailleta), nie brak jej w żadnej tkance a o ile chodzi o skórę, ma najprawdopodobniej zadanie regulacji wrażliwości tkankowej na bodźce świetlne. Hematoporfiryna normalna, różna od patologicznych (sulfonalowych), jest tylko podobną chemicznie do Bb, lecz w istocie przecież od niej różną. Różną jest widmowo, łączy się łatwo z Fe, czego Bb nie czyni, nie daje odczynu dwuazowego, tlen ma luźnie tkwiący i nie umieszczony na jądrach pyrrolowych. Jest to ciało biologicznie odmienne, którego pochodzenie jest wprawdzie takie same, wzrost wydalania się z organizmu związany z pewnemi stanami (ostre sprawy gorączkowe, gruźlica, schorzenia wątroby, choroba Basedowa), ale całkowity cel powstania i dalsze losy różne od Bb i współcześnie niezbyt jeszcze wyjaśnione.

Drugiem ciałem, o którego istotę wciąż istnieje spór jest hematoidyna. Virchow stwierdził ją w starych wynaczynieniach, jako kryształy łudząco naśladujące Bb. Pochodzenie jej z Hb jest pewne, ale identyczność z barwikiem żółci sporna. Quincke uważa ją za identyczną, H. Fischer i F. Reindel są podobnego zdania, Städeler przeczy tożsamości tych dwóch substancyj. Hematoidyna krystalizuje podobnie jak Bb po odparowaniu jej chloroformowego roztworu, ale różni się od niej tem, że ma ostre kanty a nie zaokrąglone. Bb. wypada z roztworów także i w postaci zgoła niepodobnej do hematoidyny (z dwumetyloaniliny, jako ścięte słupy lub maczugowate złogi). Barwa omawianych ciał jest podobna, ale nie identyczna. Diazoreakcji hematoidyna nie daje i okazuje tem zasadniczą różnicę od bilirubiny. Jest najprawdopodobniej wynikiem procesów zbliżonych do bilirubinotwórczych, ale nie identycznych z nimi.

Istnieją obecnie dwa obozy uczonych, jedni są zwolennikami tworzenia barwika żółciowego w wątrobie, drudzy przyjmują możliwość pozawątrobowej funkcji bilirubinotwórczej, powołując się na bliskie jej ciała, stwierdzane w ekstrawazatach i na inne zjawiska.

Zestawmy dane przedstawiane przez jednych i drugich.

Zwolennicy tworzenia barwików żółciowych poza wątrobą opierają się na szeregu spostrzeżeń o znacznej sile przekonywującej. Cytują Virchowa, których w starych wylewach krwawych do tkanek spotykał kryształki hematoidyny, zdaniem ich, identycznej z Bb. Nadmieniają, iż krew żylna śledziony zawiera więcej (nawet o 0.015%) bilirubiny związanej, „czynnościowej“ (Hymans van der Bergh, Naegeli, Katznelson). Bilirubina ta jest inną od zwykłej (H. v. d. Bergh), złączona jest prawdopodobnie z białkiem (Feigl, Querner), trudniej się utlenia (H. v. d. Bergh), odczyn dwuazowy daje wolno, względnie dopiero po zadaniu alkoholem. Spotyka się ją w nadmiarze w żółtaczce hemolitycznej, przy marskościach wątroby, napadowej hemoglobinurji, niedokrewnościach ciężkich i niektórych innych stanach patologicznych. Żółtaczka hemolityczna związana z jej obecnością znika po wycięciu śledziony. Bb. „czynnościowa“ przechodzi bardzo trudno do moczu, podczas gdy zwykła zjawia się tam zaraz, skoro jej ilość we krwi przekroczy ośmiokrotnie minimalną swą normę [3]). Hétényi do tego stopnia przekonany jest o pozawątrobowem pochodzeniu Bb, że określa w porównaniu ilości Bb „czynnościowej“ we krwi z ilością zwykłej Bb w żółci, coś w rodzaju przepuszczalności wątrobowej dla tego barwika. Wątroba rozkłada Bb. „czynnościową“ na białko (według Lewi'ego fibrynogen) i Bb. zwyczajną, którą wydala z żółcią i to jest całem jej zadaniem. Brugsch dopatruje się analogii prac wątroby i nerki. Ernst i Szappanyos przepuszczali odwłóknioną krew przez przeżywającą śledzionę i stwierdzili, że narząd ten tworzy Bb. H. v. d. Bergh widział w starych wysiękach krwawych bardzo dużo Bb. na miejscu z krwi wytworzonej. Mac Nee zatruwał toluylendiaminem i arseniakiem ptaki, pozbawione wątroby i stwierdzał u nich żółtaczkę, podobne zjawisko obserwował po zastrzyku Hb Makino u psów, po wycięciu wątroby, względnie po podwiązaniu przewodu żółciowego i piersiowego. Po toluylendiaminie widział Kodama, iż zrazu zjawia się u psów Bb. „czynnościowa“ a potem dopiero zwykła.

Jeśli do tego dodamy spostrzeżenia Whipple i Hoopera, iż psy z przetoką Ecka i podwiązaną tętnicą wątrobową dostawały żółtaczki, skoro im wstrzyknięto Hb — to przyznamy, iż zwolennicy pozawątrobowego tworzenia barwika żółciowego mają poważne dane dla popierania swych zapatrywań. Posłuchajmy jednak, co mówią przedstawiciele drugiego obozu, a przyznamy, iż ich argumenty są dużo silniejsze niż poprzednie. Przedewszystkiem nie widzą oni takiej przepaści między Bb „czynnościową“ a zwykłą. Pierwsza zmienia się *in vitro* w drugą, bo jeśli jakiś czas poczekać, a potem reakcję dwuazową powtórzyć, to poprzednio nie natychmiastowy odczyn przechodzi w natychmiastowy. (Thannhauser, Andersen). Wyklucza to już poważniejszą różnicę obu substancyj. Pogląd na oddzielanie w wątrobie fibrynogenu z niewątrobowej Bb jest dość sztuczny. Jeżeliby Bb „czynnościowa“ była dowodem przemiany części barwikowej Hb przez układ siateczkowo-śródbłonkowy (RE) bez rozłączenia z białkiem barwika krwi, który jest histonem, to skądże histon mógłby tak łatwo i sprawnie przeistoczyć się w fibrynogen, białko bądźco-

---

[1]) Sposoby chemicznego wykrywania barwików żółciowych, wydalanych z moczem, polegają bądźto na wytworzeniu drogą utlenienia szeregu barwnych pochodnych bilirubiny (biliwerdyna, bilicjanina, choletelina i i.) (Gmelin, Gmelin-Rosenbach, Jolles), bądź to na uzyskaniu, cechującego odczyn, zielonego zabarwienia (pr. Gluzińskiego, Hammarstena, W. Ziembickiego, Hammarstena, Zinsa, Hupperta, pr. jodowe: Justmana, Trousseau, Maréchala i Rossina). Barwa zielona jest przeważnie wynikiem zjawienia sie biliwerdyny, powstającej bądźto drogą utlenienia wprost, bądźto przez oksydację pośrednią w chwili wyzwalania się tlenu z wody, której ciało wodorochłonne zabrało wodór. Do reakcji ostatniej kategorji należą próby jodowe. Zabarwienie zielone zjawiające się przy próbie Gluzińskiego (z CH_2O) zmienia się działaniem HCl na fioletowe.

Odczyn z fioletem metylowym (barwa czerwona) i reakcje dwuazowe (Ehrlich-Pröschera, Krokiewicza, Hymans van den Bergha) polegają na powstaniu barwnych kompleksów chemicznych o złożonym składzie.

[2]) Fiołkowo-czerwone zabarwienie, właściwe odczynowi dwuazowemu Hymans van der Bergha, zależne od kompleksu bilirubiny z kw. diazo-benzolo-sulfonowym, zjawia się przy próbie ze surowicą krwi albo zaraz (do 30 sekund) lub też później. W ostatnim razie jest odczyn słabszy. Jeżeli zadać wprzód surowicę alkoholem, zjawia się zabarwienie nawet w tych przypadkach, w których reakcja wprost była późna i słaba, względnie nie występowała zupełnie. W takich razach ma się do czynienia z t. zw. bilirubiną „czynnościową“, związaną, która pod wpływem alkoholu rozkłada się, wyzwalając wolny barwik. Praktyczne zastosowanie znalazł odczyn H. v. d. Bergha w met. Lepehne, Landsbergera i w bilirubinometrji surowicy krwi met. Haselhorsta. Reakcja dwuazowa bilirubiny w moczu, po zadaniu tegoż kwasem octowym i dodaniu odczynnika diazowego (kw. sulfanilowy z $HCl + NaNO_2$), daje zabarwienie w żółtaczkowym moczu najwyżej w ciągu minuty (por. Weiss, Obermeyer, Popper). Bywa też czasem i w moczu odczyn przedłużony, co rzuca pewne światło na istotę bilirubiny „czynnościowej“.

[3]) H. v. d. Bergh stwierdził we krwi normalnej 2.5 mg ‰ Bb (= 1/2 jednostki). Hétényi podaje wahania Bb we krwi w granicach 1.1—2.2 mg ‰ (w żółci 7—12 mg %). Między autorami niema zgodności, o ile chodzi o stosunek szybkości diazoreakcji Bb do jej ilości. Brulé uzależnia szybkość odczynu od ilości Bb, H. v. d. Bergh zaś i Landsberger nie podzielają jego zapatrywań.

bądź odeń odległe[4]). Czyż nie prostszym jest pogląd, iż Bb. „czynnościowa" jest tylko wynikiem czynników zależnych od procesów koloidalnych, zachodzących w różnych stanach chorobowych, rozmaicie swą czynność zaznaczających i nieraz związanych z zaburzeniami w ustosunkowaniu się pracy wątroby do funkcji reszty ustroju. Hematoidyna, ta druga ostoja poglądów pozawątrobowego tworzenia barwika żółciowego, nie jest identyczną z Bb i nie daje odczynu dwuazowego, poprzednią cechującego. Badacze z poprzedniego obozu, nie akcentowali dostatecznie pewnych szczegółów ze swych doświadczeń. Mac Nee mówi wprawdzie„ że u ptaków przezeń operowanych zostało coś z miąższu wątrobowego, ale uważa je za czynnościowo pozbawione tego narządu. Psy operowane przez Whipple i Hoopera mogły mieć dane do możności cofnięcia się krwi z wątroby do żyły próżnej dolnej. Zwolennicy tworzenia barwika żółciowego poza wątrobą przenoszą pochopnie jej miejsce powstania do śledziony, ważnego ogniwa RE, zupełnie tak, jakgdyby wątroba nie była też jedną z najważniejszych składowych RE. To, że żółtaczka hemolityczna znika po splenektomji dowodzi tylko, iż ubył narząd, który osłabiał czy nadżerał erytrocyty robiąc je dobrym materjałem dla pracy żółciotwórczej wątroby. Lepehene nie mógł doszukać się w żyle śledzionowej większej ilości Bb jak w reszcie układu naczyniowego. Jeżeli w organizmie zachodzą warunki dla pleiochromji żółciowej, a dzieje się to wtedy, jeśli wzrośnie toksycznie, czy przez RE uwarunkowana, słabość erytrocytów a stąd ich łatwość dla służenia wątrobie do jej pracy barwikotwórczej — to nadmiar barwików przedostaje się łatwo do krążenia przez łączniki limfatyczno-żółciowe wykryte przez Harrera, Hargisa, van Metera, Werheimera i Duboisa, a stąd zjawia się żółtaczka, pozornie inna, a w istocie mało różna od mechanicznej. Naunyn i Minkowski, a w ostatnich czasach Melchior, Rosenthal i Licht, są gorącymi zwolennikami tworzenia się Bb tylko w wątrobie. Naunyn i Minkowski podawali ptakom bez wątroby toluylendiamin i AsH_3 i nie widzieli wcale żółtaczki, bo brakło barwikotwórczego narządu.

RE daje się jak wiadomo unieczynnić przez blokadę różnemi substancjami. Bieling i Isaak podawali surowicę hemolizującą po dokonanej blokadzie RE żelazem i wycięciu do tego śledziony i uzyskiwali żółtaczkę. Rosenthal stwierdził, że blokada RE kollargolem nie wpłynęła na ilość Bb we krwi. Są to nader poważne dane dla zwolenników tworzenia Bb. w wątrobie. A dodajmy do tego niezbicie przez Browicza stwierdzone zjawisko uwidocznione na preparatach drobnowidowych, w których wprost można oglądać jak komórka wątrobowa, dostawszy barwik krwi, podany dożylnie, przekształca go sama stopniowo w barwik żółciowy i oddaje do żółciowych kapilarów, oraz możliwość istnienia bezżółtaczkowych postaci ostrego zaniku wątroby (Bamberger), dowodzących ustania w tych przypadkach i funkcji tworzenia żółci, — a będziemy mieli dopełnienie obrazu poglądów przemawiających na korzyść zwolenników wątrobowej żółciotwórczości.

Jakież stąd wnioski?

Z podanego zestawienia widać, iż tak zwolennicy wątrobowej jak i pozawątrobowej teorji tworzenia Bb mają za sobą doświadczalnie stwierdzone fakty. Zgrupowanie zapatrywań i badań pozwala na to odpowiedzieć a wglądnięcie w bliższe warunki doświadczeń, przyznaje przecież pierwszeństwo zwolennikom wątrobowego tworzenia barwików żółciowych.

Wiadomo, że różnicowanie czynności komórek odbywa się w miarę rozwoju ustrojów. Organizmy niższe mają w komórkach całą masę właściwości biologicznych, które u istot wyższych są rozdzielone między poszczególne narządy. Nie można jednak twierdzić, iż dyfferencjacja komórek zatraca do szczętu zdolności do pewnych funkcji. Są one poniekąd w utajeniu i drogą neurohumoralną mogą być czasem powołane do zastępczego głosu w razie zniknięcia czynnościowo właściwego organu[5]). Mało sprawne przetwarzanie Hb w ciała zbliżone do barwika żółciowego (hematoidyna) — właściwe tkankom — nabiera nieco większej precyzji w chwili, gdy wyłączyć wątrobę. Jestto istotne, niewątpliwie przez poważnych uczonych stwierdzone, ale chwilowe, w zakresie eksperymentu leżące, zastępstwo, które jednak nie uprawnia do twierdzenia, iż pozawątrobowe tworzenie Bb wchodzi w ramy fizjologji.

[4]) Full uważa wątrobę za miejsce tworzenia fibrynogenu. Isaac-Krieger stw. przy żółtym zaniku wątroby zmniejszenie się fibrynogenu. Stosunek fibrynogenopenji, w bardzo rzadkich postaciach hemofilji, do zaburzenia czynności wątroby nie jest jeszcze zbadany. Stwierdzenie tworzenia się fibrynogenu w wątrobie nie dowodzi powstania tego tamże z globiny.

[5]) Stwierdzono, że po usunięciu trzustki znika z ustroju inkret wywołujący hypo-glykemję. Jedynie wątroba zawiera go nadal, a to dowodzi, że pracuje ona zastępczo, choć bez porównania słabiej od trzustki.

Wątroba jest jedynym organem tworzącym barwik żółciowy, zależnym do pewnego stopnia od wegetatywnie regulowanych czynności przygotowawczych układu siateczkowo-śródbłonkowego, którego sama jest ważną składową. Wpływy wegetatywne neuro-humoralnie pojęte, kierujące tworzeniem Bb są pozornie nieuchwytne, ale w samej rzeczy można się ich bez trudu doszukać. Niezakaźna pleiochromja żółci nie schodzi się — jak wiadomo — z sympatykotonją, ale jest raczej udziałem osobników ze słabym w założeniu systemem współczulnym. Wytłumaczenie łatwe. Ciałka czerwone krwi przychodzą do wątroby hyposympatykotoników, a więc ludzi z niezbyt mocną erytropojezą, nietoksycznie nadżarte, bo wywołuje to nadmiar erytroftenji śledzionowej (spastyczny skurcz kapilarów Schweigger-Seidela na tle wagotonji), czy też w reszcie systemu erytroftenicznego umieszczonej (np. w płucach) a parasympatycznie pobudzonej. Wątroba ma u tych ludzi łatwość produkcji barwika a stąd rychła pleiochromia i żółtaczka zależnie od miejscowej czynności krwinkobójczej różnie upostaciowana. Sympatykotonik ma ciałka czerwone mocniejsze (silna tkanka erytroblastyczna, skłonność do czerwienicy), mniej uległe erytroftenji, a stąd mniejszy powód do pleiochromji żółci. Ponadto jest sprawność barwikotwórcza gorsza, co tłumaczy częstą urobilinurję stwierdzoną przez Leysera i uważaną przezeń w takim stopniu za sympatykotonję wątroby, jak odczyn Widala dowodzi jej wagotonicznego stanu. Urobilina[6]), wracając do wątroby sympatykotonika, trudniej ulega niszczeniu czy też przeradzaniu się napowrót w barwik żółci, trudniej stąd przechodzi z powrotem do żółci, a nie jest wykluczone, że wątroba ją wtedy tworzy, składając tem dowód specjalnej barwikotwórczej nienormalności.

Tworzenie barwika żółci i ciał pokrewnych jest więc zawisłe od układu nerwowego.

Przejdźmy do sprawy wydzielania innych składowych żółci. Bardzo ważną z nich jest cholesteryna. O substancji tej pisano tak wiele, iż zebrała się już dziś cała obszerna literatura dotycząca jej znaczenia i roli w ustroju.

C. d. n.

WYKŁAD KLINICZNY.

M. FRANKE. Lwów.

Leczenie przewlekłych schorzeń serca *).

Rozpatrując szeregi przypadków schorzeń serca, z któremi się lekarz styka w toku swego życia praktycznego, niema wątpliwości, że większość ich stanowią zmiany, dotyczące aparatu zastawkowego serca, objęte nazwą wad sercowych w ścisłem słowa znaczeniu. Poza tem spotykamy się z grupą przypadków, w których rozmaite objawy kliniczne, tak podmiotowe, jak przedmiotowe, wskazują na nieprawidłowy stan anatomiczny i funkcjonalny mięśnia sercowego bez objawów wady sercowej. Tu rozpoznamy sprawy toczące się w mięśniu sercowym pierwotnie lub następowo i to sprawy pochodzące z śródsierdzia, osierdzia, lub też powstałe na tle zaburzeń w naczyniach odżywczych serca i t. d. Nieprawidłowości w łożysku odpływowem komór serca w zakresie krążenia wielkiego lub małego mogą znowu stać się źródłem objawów chorobowych, z któremi chory zgłasza się do lekarza. Prócz tego schorzenia innych narządów, jak np. nerek lub gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, mogą wywołać przewlekłe objawy schorzenia narządu krążenia. Wreszcie nieuchwytna przyczyna, objęta nazwą niestosunku między wielkością serca a całego ciała, może być źródłem długotrwałych dolegliwości sercowych, a te będą nie-

[6]) Stosunek urobiliny moczu do urobiliny kału wynosi jako iloraz normalnie 0·029—0·1, przy schorzeniach wątroby wzrasta do 1 lub ponad 1 (Eppinger). Dodatnia reakcja na urobilinogen z odczynnikiem Ehrlicha, występująca zwłaszcza po obciążeniu wątroby (posiłek obiedni, podaż cukrów), dowodzi jej niedomogi (por. Lepehene,. Weltmann, Teuschert), ujemny nie wyklucza tejże. Falta, Högler, Knobloch stwierdzili przy niedomodze wątroby wzrost urobilinogenu w moczu po podaży 3 gr suszonej żółci wołowej, Landsberg po 2 gr. O ile odczyn na urobilinogen był poprzednio dodatni, staje się po żółci silniejszym. Odczyn ma miejsce w 4—10 godz. po podaniu żółci, którą też można zastąpić 4 cm^3 10% alkoholowego roztworu chlorofilu (por. nadto pr. Stahla i Döttmanna). Mocz musi być świeży, ale ochłodzony. Urotropina hamuje odczyn. O ile mocz dłużej stoi, zawiera już urobilinę i resztę urobilinogenu. Próba Schlesingera ($Zn(C_2H_3O_2)_2$, NH_3) z dodatkiem J wykazuje urobilinę istniejącą wraz z powstałą z urobilinogenu. Rozcieńczanie aż do zniknięcia fluorescencji umożliwia oznaczenie urobiliny ilościowo (Adler).

*) Na podstawie wykładu, wygłoszonego na I. Zjeździe lekarzy w Krynicy w dniu 15. września 1926 r.

kiedy trudne do oceny klinicznej i będą stanowić twardy orzech do zgryzienia dla lekarza. Oto suma przypadków, w których omówienie postępowania leczniczego będzie stanowić zakres naszego wykładu, w którym poruszymy więc leczenie spraw organicznych, a nie dotkniemy zupełnie t. zw. nerwic serca.

Lekarz praktyczny staje nieraz odrazu wobec ciężkiego i trudnego zagadnienia, gdy, badając chorego, z jakiejś przyczyny ubocznie stwierdzi u niego zmiany w sercu pod postacią czy to przerostu czy wybitnej wady sercowej, o której chory niewie zupełnie i która nie jest dla niego źródłem żadnych dolegliwości zwłaszcza sercowych. Uświadomić chorego o tej zmianie, czy też nie, oto pytanie, które każdy z nas musi sobie postawić w myśli. Nieświadomość zmiany daje gwarancję spokoju psychicznego, gdy uświadomienie stać się tu może źródłem chwilowego niepokoju lub niekiedy trwałego stanu lękowego u chorego. Równowaga zaś psychiczna — to podstawa do równowagi w narządzie krążenia, w schorzeniach serca. Zadaniem naszem, jako psychoterapeutów, musi przecież być uspokojenie chorego, wytworzenie w nim zaufania do swoich sił i zdrowia. Uświadomienie chorego o istniejącej u niego zmianie w sercu jest jednak naszym obowiązkiem i to ze względu na chorego, który przy odpowiedniem zachowaniu się będzie mógł utrzymać swoje serce długo na poziomie wymagań życia codziennego, gdy przy bytowaniu nieodpowiedniem może stać się inwalidą i to po nie długim czasie. Uświadomienie musi być jednak choremu podane w sposób bardzo ludzki; przy pierwszem badaniu może jeszcze w postaci wątpliwej, wymagającej jeszcze obserwacji, ale przy drugiem już w sposób stanowczy i niebudzący wątpliwości. Uświadomienie o wadzie sercowej lub innej zmianie sercowej może nastąpić niejako tylko ubocznie i musi być równocześnie połączone z radami leczniczemi, które dadzą choremu nadzieję spokojnego i długiego życia. Sposób uświadomienia, podanie mu rozpoznania niekoniecznie w naukowej nazwie, będzie zależał przedewszystkiem od nastroju chorego; w każdym razie niemoże on być brutalny. Uspokojenie chorego — to pierwsze nasze zadanie lecznicze. Dodam ubocznie, że wprawdzie spostrzeżenia kliniczne uczą nas, że rozwinięta wada sercowa jest sprawą nieuleczalną, ale musimy się liczyć z przypadkami wyjątkowemi, w których objawy wady sercowej znikają zupełnie po kilku latach, i to zwłaszcza w młodym wieku chorego.

Zatrzymajmy się dalej, nad pytaniem, czy przypadki schorzeń serca nieuświadomionych, jak i schorzeń z uświadomieniem, ale bez dolegliwości lub z nieznacznemi dolegliwościami podmiotowemi przy zupełnem wyrównaniu krążenia wymagają leczenia, czy też nie. Postępowanie nasze w tych przypadkach zależy przedewszystkiem od sprawności mięśnia sercowego i krążenia wogóle. O ile nie sprawdzimy zaburzeń w sprawności krążenia, wtedy podawanie jakichś leków nasercowych jest nietylko zbędne, ale wprost nieracjonalne, a może nawet szkodliwe. Jeżeli chory wykazuje pewne objawy podrażnienia nerwowego, wtedy od czasu do czasu wskazane jest podawanie preparatów bromowych i to w przypadkach ze skłonnością do przyspieszenia akcji serca, do stanów lękowych i bezsenności, która tak często towarzyszy zmianom sercowym nawet zupełnie wyrównanym. Uspokojenie bromem robi tu najlepiej, gdy dawka, np. naparstnicy, może wywołać skutek przeciwny, zwłaszcza gdy chory okazuje lekkie objawy hypochondryczne. Niekiedy podanie arsenu lub żelaza w tak częstych przypadkach niedokrewności na tle sercowem jest również wskazane. Pozatem z daleka od leków właściwych. Natomiast w tych przypadkach pozostaje nam szerokie pole do postępowania higienicznego i to ze szczególnem uwzględnieniem higjeny narzadu krążenia. Dążeniem naszem musi być przedewszystkiem jak najdłużej utrzymanie stanu wyrównania krążenia i to przez utrzymanie czynności mięśnia sercowego na koniecznym poziomie. Staramy się więc choremu urządzić odpowiednio jego życie, niezmieniając, o ile możności, jego dotychczasowego trybu, chyba, że jest to konieczne ze względu na rodzaj jego zawodu. Błędem byłoby żądanie od każdego chorego natychmiastowej zmiany jego zawodu, o ile ten fizycznie lub psychicznie chorego rzeczywiście nie wyczerpuje. Gdy mamy do czynienia z osobnikiem młodym, wtedy nasze rady w kierunku wyboru zawodu mogą być więcej ścisłe, lecz zawsze dostosowane do życiowych warunków chorego. Tu wspólna narada z rodziną chorego prowadzi jedynie do celu a nie apodyktyczne rady lekarza, często zupełnie nierealne. Sprawa odżywiania się i diety w schorzeniach serca wyrównanych, to sprawa druga, którą musimy się zająć. Pod tym względem chorym możemy zwykle zostawić wolność w rozległych granicach. O ile stan odżywienia chorego jest dobry, tkanka tłuszczowa odpowiednio do wieku rozwinięta, a mięśnie jędrne, wtedy nie zmieniamy zupełnie diety, zwracamy tylko uwagę na niedozwolone zbytnie ilości płynów, jak i wogóle pokarmów. U niedożywionych polecamy obfitsze spożywanie pokarmów o większej wartości kalorycznej. U tłuściochów znowu staramy się powoli zmniejszać wagę do granic odpowiednich drogą dostosowanej diety, ograniczenia płynów i lekkiej pracy fizycznej. Przesadne głodzenie chorego w przypadkach ze zmianami anatomicznemi w sercu w stanie wyrównania jest zupełnie niesłuszne. Co do napojów alkoholowych, w przypadkach zupełnie wyrównanych choremu nie zaszkodzi w czasie obiadu lub kolacji jedna lub nawet dwie szklaneczki lekkiego piwa lub lampka lekkiego wina, o ile on jest do niej przyzwyczajony. Bezwzględnie jednak należy zakazać spożywanie napojów alkoholowych wysokoprocentowych, a więc wódki, koniaku, i t. d.. Nieracjonalny jest bezwzględny zakaz picia lekkiej kawy lub herbaty, chyba, że one u chorego wywołują wyraźne objawy bicia serca i niepokoju. Ostrzej będziemy postępować z paleniem tytoniu. Tu zupełny zakaz palenia papierosów, cygar fajki i t. d. jest jedynie racjonalny, choć czasem pod tym względem musimy być nieco liberalni, jeżeli chodzi o chorego starszego, który od lat jest przyzwyczajony do palenia; także wtedy znaczne ograniczenie palenia musi być naszym nakazem. Pozwalamy wtedy palić tylko w czasie obiadu do wieczora w ilości małej, a nigdy w nocy i rano. W związku z dietą musimy dbać o regularne i niewytężające wypróżnianie się chorego przy użyciu głównie odpowiednich pokarmów. Polecamy więc przedewszystkiem odpowiednio do przypadku większe ilości tłuszczu, zielonych jarzyn, owoców, kompotów, polecamy mierny ruch i zwracamy uwagę na przyzwyczajenie się chorego do regularnego wypróżniania się o pewnej stałej godzinie, wreszcie ewentualnie podajemy lekkie środki przeczyszczające, głównie roślinne (*rheum, liquiritia, cascara sagrada* i t. d.), lub też lewatywy, które jednak po krótkim czasie zawodzą. Środki mineralne przeczyszczające do dłuższego używania są tu nieodpowiednie, bo mogą wpływać niekorzystnie na stan ogólnego odżywienia. Tryb życia chorego powinien być spokojny, bez ekscesów pod każdym względem.

Dalszym punktem, który musimy omówić, jest sprawa ruchu fizycznego u tych chorych. Ruch ten powinien być dostosowany do stanu i wytrzymałości mięśnia sercowego, a nigdy nie powinien wyczerpywać chorego. Zbytnie ograniczanie ruchu i swobody jest jednak szkodliwe. Dozwolić możemy nawet na nieco cięższą pracę fizyczną, pozwalamy na spacery, na jazdę konną, polowania i sporty niewytężające, ile chory był do nich przyzwyczajony i o ile one nie wywołują zmęczenia serca; spokojny taniec przy odpowiedniej obserwacji nie jest także wykluczony. Bezwzględnie niedozwalamy zaś jazdy na rowerze, piłki nożnej, gry w kręgle i pływania sportowego. Wogóle wykluczony jest wszelki udział w jakichkolwiek zawodach sportowych, bo te psychicznie i fizycznie atakują zbyt silnie cały układ krążenia, dotychczas zupełnie sprawny i mogą go doprowadzić do stanu nierównowagi. Dla czystości wskazane są regularne ciepłe kąpiele o ciepłocie 34—35° C., 1—2 razy w tygodniu, dalej krótkotrwałe zmywania ciała o ciepłocie pokojowej i to przed spaniem, a służą one z jednej strony do utrzymania czystości skóry, a z drugiej prowadzą do zahartowania chorego; łaźnia jest wprost zakazana. Mieszkać powinien chory niewysoko, o ile możności na parterze: ciepłota pokojowa zależnie od wieku i przyzwyczajenia, powinna wynosić w pokoju mieszkalnym około 19° C., a w sypialni około 15° C. Między innemi stajemy wobec pytania niekiedy trudnego do rozstrzygnięcia, czy chory lub chora z zupełnie wyrównaną wadą serca może się żenić względnie wychodzić za mąż. Chociaż dla mężczyzny zwiększona czynność płciowa, a dla kobiety ciąża i poród mogą być źródłem niebezpieczeństwa, mimoto przy silnym mięśniu sercowym pozwalamy na małżeństwo, o ile dotychczas chory (a) nie okazywał (a) wybitnych zaburzeń wyrównania krążenia. Polecamy jednak umiarkowanie płciowe u mężczyzny, a zwracamy uwagę na niebezpieczeństwo macierzyństwa u kobiety. Obie strony narzeczeńskie muszą przytem wiedzieć o istniejącej zmianie sercowej u dotyczącej osoby. Odradzać należy zaś małżeństwa o ile kobieta dotychczas żyjąca spokojnie w małżeństwie będzie narażona na ciężkie obowiązki pracy, dalej jeżeli mięsień sercowy u kobiety już poprzednio wykazywał objawy wyraźnego niewyrównania, co do sprawności jest wogóle chwiejny lub jeżeli osobnik jest skłonny np. do nawrotów zapalenia stawów, które dotychczas zawsze były połączone z zaostrzeniami sprawy sercowej. Poza temi wskazówkami u chorego na serce w stanie wyrównania bardziej jeszcze niż u zdrowego osobnika, musimy pamiętać o koniecznym wypoczynku tak fizycznym, jak psychicznym, i to tak w toku jego zwykłej pracy, w czasie dni roboczych, jak zwłaszcza musimy żądać przeprowadzenia choć raz w roku czterotygodniowego zupełnego wstrzymania się od wszelkich zajęć zawodowych z zupełnym wypoczynkiem i poza stałem miejscem jego zamieszkania. Bezwzględnie wskazany jest raz do roku np. pobyt na wsi lub w jakiemś miejscu kąpielowem lub klimatycznem, ewentualnie w okolicy podgórskiej, do wysokości 800—900 m, ale z zastrzeżeniem, że chory także tam będzie żył według zasad higjenicznych wyżej wspomnianych, a zwłaszcza, że nie będzie robił forsownych wycieczek górskich. Pobyt nad morzem

nieburzliwem jest również dozwolony, a kąpiele morskie są niezakazane w dnie nieburzliwe przy ciepłej wodzie, jeżeli chory je dobrze znosi. Przy zupełnem wyrównaniu krążenia może być również korzystny dla chorego pobyt w miejscu kąpielowem i to ze względu na to, że chory może równocześnie korzystać z kąpieli np. kwasowęglowych lub solankowych, które ci chorzy znoszą doskonale, a które mają korzystny wpływ także na schorzenie przyczynowe, jak np. na gościec stawowy. Tu wkraczamy już w leczenie w ścisłem słowa znaczeniu, które musi być uwzględnione także w przypadkach schorzeń serca zupełnie wyrównanych. Leczenie etjologiczne jest nieraz trudne, ale jest ono ważnem zadaniem lekarza. Więc wskazane tu będzie leczenie gośćca i jego nawrotów, leczenie ukrytych zakażeń w zębach, migdałkach gardzielowych, jamach bocznych nosa i w drogach moczowych itd. Konieczne będzie leczenie swoiste w razie tła kiłowego schorzenia serca, leczenie to w tych razach daje wyniki niekiedy zdumiewające, leczenie miażdżycy, schorzenia nerek. Postępowanie lecznicze będzie tu stosowane w myśl zasad przyjętych w danych schorzeniach. W razie wystąpienia jakiegoś innego schorzenia ubocznego u chorych z wyrównaną zmianą sercową, musimy je leczyć w myśl przyjętych zasad, a przytem musimy baczną zwracać uwagę na stan serca. Wskazanem będzie niekiedy podanie zapobiegawcze środków nasercowych w przebiegu np. choroby gorączkowej i wtedy, gdy serce nieokazuje jeszcze jakichkolwiek objawów niewyrównania w przebiegu choroby gorączkowej. W okresie ozdrowienia należy choremu polecić tem bardziej ostrożne wstawanie i powrót do zajęć codziennych.

Na tem wyczerpujemy omawianie leczenia w wyrównanych schorzeniach serca, w których zasady hijgjeny będą podstawą leczenia; obserwacja lekarska, od czasu do czasu przeprowadzona, uchroni nas i chorego od przykrych niespodzianek.

Przejdźmy do leczenia przewlekłych schorzeń serca w okresie niewyrównania, wywołanego przedewszystkiem niedomogą mięśnia sercowego. Tu zachowanie się nasze musi być więcej czynne, a zależeć ono będzie od stopnia niedomogi. Leczenie, którego celem będzie przedewszystkiem wzmocnienie mięśnia sercowego i przywrócenie jego funkcji prawidłowej, ograniczymy nieraz tylko do stosowania leków nasercowych w ścisłem słowa znaczeniu, w innych razach zaś, gdy tą drogą nie będziemy mogli uzyskać wymaganego wyniku, skierujemy leczenie także ku nerkom, ku tzw. układowi jamistemu organizmu lub przewodowi pokarmowemu, ażeby tą drogą ułatwić sercu powrót do stosunków prawidłowych.

W przypadkach początkowego, ale rozwiniętego niewyrównania krążenia zakazujemy przedewszystkiem wszelkiego wysiłku tak fizycznego, jak psychicznego. Chory w tym okresie czasowo należy do łóżka i to tak długo, póki nie uzyskamy wyrównania bezwzględnego lub względnego; odsuwamy go od zajęć codziennych, polecamy umiarkowanie w jedzeniu i piciu, wychodząc z założenia, że w tych przypadkach pierwszą naszą zasadą musi być ograniczenie pracy i szanowanie serca. Gdy to nie wystarczy do uzyskania wyrównania, wtedy staramy się podniecić siłę mięśnia sercowego przy pomocy lekarstw z grupy naparstnicy *(digitalis)*. Nie wahamy się, i to zaraz, podać leki naparstnicowe, gdy wskutek osłabienia mięśnia sercowego zjawiły się napady dychawicy, czy też dusznicy sercowej. Ostrożni zaś będziemy lub nie podamy w ogóle naparstnicy, gdy widzimy skłonność do zatorów, lub krwotoków mózgowych, dalej przy tętniakach, a także przy wybitnych zaburzeniach żołądkowych, chyba, że przy postępowaniu bezlekowem nie stwierdzimy żadnej poprawy stanu serca. W razie braku bezpośredniego niebezpieczeństwa życia podajemy choremu liście naparstnicy i to przedewszystkiem *per os*, w razie objawów żołądkowych wśródmięśniowo lub wśródżylnie. Podajemy wówczas zawsze same liście jako takie, a więc jako *folia digitalis titrata* (np. Spiess) i to rzadziej w postaci naparu *(infusum)* ewentualnie *cum mixtura gummosa* przy wrażliwym żołądku; częściej i to z większą korzyścią, polecimy naparstnicę w postaci proszku lub pigułek, w dawkach po 0,1 *folia digitalis pro dosi*, dochodząc do 0,5 *pro die*. Sumarycznie na jeden okres leczniczy podajemy zwykle 2,0 liści i to w przeciągu 4—5 dni; na tej dawce czasowo leczenie kończymy, jeżeli nastąpiło zupełne wyrównanie. W razie stwierdzenia cech niedomogi w dalszym ciągu podajemy jeszcze przez dalsze 7 dni liście naparstnicy w dawce dziennej po 0,05—0,1 *pro die* lub też jej przetwory w dawce odpowiedniej, przy zachowaniu ogólnych zasad leczenia, które przytoczyliśmy wyżej. Innych leków poza naparstnicą chorym tego typu nie podajemy zupełnie, chyba, że mamy do czynienia z osobnikami nerwowymi, u których zastosujemy środki uspokajające z grupy bromu lub pochodne kwasu barbiturowego (przy równoczesnej bezsenności). Inne będzie nasze postępowanie gdy niedomoga serca już w początkach wystąpiła bardzo gwałtownie z cechami bezpośrednio zagrażającemi życiu chorego, np. wśród ostrej dychawicy sercowej, zapadu itd. Wtedy, przystępując do leczenia, nie podajemy liści naparstnicy i jej przetworów wobec tego, że jej działanie nie występuje natychmiastowo, lecz dopiero po jakich 24 godzinach, to jest w chwili nasycenia mięśnia sercowego składnikami czynnemi naparstnicy, a to, jak doświadczenie nas poucza, następuje dopiero pod koniec pierwszej doby zażywania. Nawet wśródżylne wstrzykiwanie składników lub przetworów naparstnicy nie daje zwykle pożądanego wyniku, choć tu działanie naparstnicy jest szybsze. W tych przypadkach wybiórczym środkiem, działającym doraźnie, ale także trwale, jest strofantyna i jej pokrewna ouabaina, które, stosowane wśródżylnie, działają wprost ożywiająco na osłabiony mięsień sercowy. Wskazania, dawkowanie i wyniki działania tych środków podamy niżej. W wyjątkowych przypadkach piorunująco występującej niedomogi mięśnia sercowego i u przewlekle chorego na serce możemy uciec się do wśródsercowego wstrzyknięcia adrenaliny w dawce ½—1 mg *pro dosi* (½—1 cm³ *Sol. adrenalini hydrochl.* 1:1000), które rzadko przywróci na stałe akcję serca, działając przeważnie tylko czasowo i niezupełnie. W okresie wyrównania względnego lub zupełnego tych przypadków przejdźmy przedewszystkiem do leczenia fizykalnego, które tu daje wyniki znakomite i trwałe. Polecamy więc kąpiele z kwasem węglowym, z wyjątkiem przypadków z dusznicą bolesną, skłonnością do krwotoków mózgowych, tętniaków i ze świeżo przebytym zatorem. Stosujemy kąpiele elektryczne, ewentualnie systematyczne leczenie gimnastyczne, ale dopiero w okresie ozdrowienia po usunięciu niedomogi. Zachowanie się dalsze stosuje się do zasad, które skreśliliśmy przy omawianiu leczenia przypadków w okresie wyrównania. Nie możemy tylko zapomnieć jeszcze o leczeniu przyczynowem, jeżeli ono może mieć jakie widoki powodzenia. W tym kierunku najłatwiej możemy uzyskać korzystny rezultat w przypadkach etjologji kiłowej leczeniem specyficznem, zakażeń ukrytych leczeniem chirurgicznem itd.

Wdzięczne choć trudne pole do działania dają przypadki rozwiniętego ciężkiego niewyrównania krążenia ze stałą dusznością nawet w zupełnym spokoju, z silnemi ogólnemi obrzękami i przesiękami w jamach surowiczych, z bezmoczem i klasycznemi cechami niewyrównania centralnego. Tu pierwszym naszym nakazem jest bezwzględne leżenie lub przynajmniej bezwzględny spokój fizyczny, dalej ograniczenie djety jak i zastosowanie odpowiedniego leczenia środkami z grupy naparstnicy.

W przypadkach niezagrażających bezpośrednio życiu chorego podajemy zaraz naparstnicę i to doraźnie, okresowo lub przewlekle, zależnie od przebiegu przypadku. W pierwszym razie polecamy przez 4—5 dni zażywanie *folia digitalis titrata* w proszku lub w pigułkach (ewentualnie w postaci naparu) 0,05—0,1 *pro dosi*, a 0,5 *pro die;* potem ustajemy z podawaniem naparstnicy, o ile widoczny jest dobry efekt działania, więc jeżeli liczba tętna spada, wraca prawidłowy rytm serca, rozmiar jego zmniejsza się, duszność i sinica ustępuje, obrzęki zmniejszają się, a ilość moczu wzrasta. Dawki powyższej nie powtarzamy, jeżeli do 7 dni następuje zupełne wyrównanie krążenia; w przeciwnym razie po 7 dniach dajemy znowu dawkę poprzednią i to jeden raz lub i później parokrotnie, więc okresowo, w razie potrzeby i to aż do uzyskania zupełnego wyrównania krążenia. W przypadku, w którym po pierwszym lub i drugim okresie podawania naparstnicy nienastąpiło wyrównanie w zupełności, lub jeżeli działanie wyrównawcze naparstnicy przechodzi bardzo szybko po ustaniu jej podawania, na dowód, że mięsień sercowy nie może wogóle obejść się bez naparstnicy, wtedy podajemy ją przewlekle przez dłuższy czas i to codziennie po 0,05—0,1 *pro dosi* i *die (folia digit. titr.)*, ewentualnie i więcej, zależnie od przebiegu przypadku. W ten sposób przy ścisłej obserwacji możemy naparstnicę podawać przez przeciąg tygodni, miesięcy lub nawet i lat, o ile to jest koniecznie potrzebne. Co do rodzaju preparatu naparstnicowego, w początkach leczenia podajemy zwykle liście naparstnicy w proszkach lub pigułkach, ewentualnie w naparze, przy dalszem stosowaniu zaś czy to okresowem czy to przewlekłem możemy je zastąpić fabrycznemi preparatami gotowemi, uzyskanemi z naparstnicy. W powodzi tych preparatów i przetworów naparstnicowych znajdujemy preparaty dobre i mało czynne, a każda klinika, szpital a nawet poszczególny lekarz, ma swój ulubiony preparat, który go rzadko zawodzi, choćby dlatego, że on zna dobrze jego działanie i wady na podstawie własnego doświadczenia, a leczenie przewlekłych spraw sercowych wymaga wielkiego doświadczenia, a mniej schematyzowania, które nie doprowadza do celu. Nie wchodząc szczegółowo w wartość poszczególnych preparatów, dodam, że z naszych możemy używać digitolu (Spiess), diginergin (Laokoon), preparatów naparstnicowych firmy „Aka". a z obcych *digitaline cryst. Nativelle, digipuratum*-Knoll i digalen. Zaletą preparatów gotowych jest to, że, z wyjątkiem naszego digitolu i diginerginy, możemy ich użyć do wstrzykiwań wśródmięśniowych i wśródżylnych i to np. w przypadkach, w których istnieje nadwrażliwość żołądka na składniki naparstnicy, lub w których wchłanianie z przewodu pokarmowego jest upośledzone wskutek znacznego zastoju w zakresie żyły bramnej i wątrobowej, lub w których chcemy uzyskać działanie szybsze, więcej do-

raźne. W danym razie w myśl poprzednich wywodów zastosujemy więc jeden z podanych preparatów i to w dawkach odpowiadających wymaganej dawce naparstnicy. Z innych preparatów roślinnych z grupy naparstnicy posługujemy się dziś właściwie tylko ciałami uzyskanemi z nasion strofantu, nie przywiązując większego praktycznego znaczenia leczniczego innym roślinom z tej grupy, jak cebuli morskiej *(scilla maritima)*, miłkowi wiosennemu *(adonis vernalis)*, konwalji *(convalaria majalis)*, *apocynum cannabinum*, *crataegus oxyacantha*, choć te rośliny lub ich składniki możemy stosować w międzyczasie, ale tylko na próbę i uzyskujemy z nich tylko wyjątkowo pewien wynik korzystny. Przy szczegółowem omawianiu środków zastępczych naparstnicy zatrzymamy się tylko nad działaniem i stosowaniem strofantu, który dziś rzadko podajemy w postaci nalewki *(tinctura)*, a najczęściej jako czysty alkaloid tj. strofantynę. W strofantynie znaleźliśmy bowiem środek, który na mięsień sercowy działa wybitnie wzmacniająco i to bardzo szybko i efektywnie, nie mając przytem działania zbiórczego (kumulatywnego). Strofantyna znajduje obecnie użycie właściwe tylko drogą wstrzykiwań wśródżylnych, co jest jedynie racjonalne. Podajemy więc strofantynę w przypadkach niewyrównanych schorzeń serca zamiast i przed naparstnicą, wtedy, gdy zły stan serca wprost zagraża życiu chorego, tak, że nie możemy czekać na powolne działanie naparstnicy. Wstrzykujemy wtedy jako pierwszą dawkę $^1/_4$ mg. strofantyny, celem zorjentowania się co do tolerancji chorego, po 12 lub dopiero po 24 godzinach dajemy znowu $^1/_4$ lub $^1/_2$ mg; w razie korzystnego efektu pierwszej dawki dopiero po 36 godz. podajemy następną dawkę w ilości $^1/_2$ mg, rzadko 0,75 mg. Dla utrzymania działania korzystnego, zwłaszcza gdy chory nie znosi naparstnicy, przy odpowiedniej obserwacji wstrzykujemy choremu dalej strofantynę w ilości $^1/_4$ do $^1/_2$ mg. *pro dosi* co drugi, trzeci lub piąty dzień i to przez jakie dwa do trzy tygodnie, aż do uzyskania zupełnego wyrównania. Strofantyna znajdzie również zastosowanie także w przypadkach niewyrównania bez ostrego niebezpieczeństwa zamiast naparstnicy, gdy żołądek chorego nie znosi naparstnicy, gdy wchłanianie jej *per os*, jest znacznie upośledzone lub gdy z niezupełnie jasnej przyczyny serce chorego nie oddziaływa na działanie naparstnicy. Jeżeli chory świeżo zażywał naparstnicę, musimy być ostrożni z wstrzykiwaniami strofantyny; pierwszą dawkę w ilości $^1/_4$ mg. strofantyny wstrzykujemy wtedy dopiero o ile możności w 3—5 dni po zaprzestaniu zażywania naparstnicy, i dalej postępujemy według zasad, które podaliśmy wyżej. Przy przewlekłem i nawracającem niewyrównaniu wśródżylne leczenie strofantyną musimy jednak uważać jako leczenie tylko epizodyczne, tak, że później staramy się przejść znowu do leczenia naparstnicą lub jej przetworami, o ile to jest potrzebne, ze względu na stan chorego. Pokrótce wspomnę jeszcze o ouabainie tak rzadko u nas używanej, której działanie jest w dużej części podobne do strofantyny ale nie identyczne; francuscy badacze podnoszą, że ouabaina działa głównie przedewszystkiem korzystnie na stan napięcia *(tonus)* mięśnia sercowego. Wskazania i dawkowanie ouabainy jest podobne do strofantyny. W przypadkach, w których nie mogłem uzyskać wyrównania naparstnicą ani strofantyną, tam ouabaina dawała mi nieraz wyniki bardzo korzystne, tak, że stosowanie jej w pewnych przypadkach, zwłaszcza opornych na działanie naparstnicy ze znaczną rozstrzenią serca, można bardzo polecać. W przypadkach niewyrównania krążenia w przewlekłych schorzeniach serca spotykamy się nieraz z osobnikami, u których nie możemy uzyskać wybitnego działania naparstnicy lub strofantyny i to mimo przedłużonego podawania tych środków. W tych razach mięsień sercowy jest jakby niewrażliwy na działanie ciał naparstnicowych. U tych chorych możemy się uciec do wlewania dożylnego roztworów soli wapniowych lub też cukru gronowego, których znaczenie lecznicze polega zdaje się głównie na działaniu uczulającem mięsień sercowy na wpływ składników naparstnicowych. Po jednorazowem lub parokrotnem dożylnem wstrzyknięciu 5—10—20 ccm 5% roztworu *calcium chloratum* lub nawet do 200 ccm. 10—12—20% a nawet 40% roztworu cukru gronowego zauważymy dopiero zjawianie się korzystnego działania naparstnicy na mięsień sercowy, dotychczas nieczuły na wszelkie przetwory naparstnicy. Stosowanie tych wlewań w przebiegu lub przed leczeniem naparstnicowem w stanach niewyrównania schorzeń serca musimy więc nieraz uważać jako jedynie wskazane postępowanie. Wspomnę tylko jeszcze o stosowaniu doraźnem lub przedłużonem kofeiny, kamfory, które działają mniej jako środki nasercowe, a głównie jako naczyniowe i rozwijają działanie pośrednie w przypadkach przewlekłego niewyrównania. W ostatnich czasach dość często znajduje zastosowanie cardiazol w omawianych przypadkach i to w dawkach po 0,1—0,2 *pro dosi*, zastępując kamforę, a nie mając smaku i zapachu jej, chętnie bywa używany w jej zastępstwie.

Oprócz środków aptecznych w przypadkach przewlekłego niewyrównania ważnem będzie czasowe ograniczenie diety, zwłaszcza płynów do 1000, max. 1500 ccm. dziennie i to zależnie od ilości moczu i stanu obrzęków. Wskazane również będzie ewentualnie ograniczenie ilości dziennie zużywanej soli kuchennej w pokarmach do max. 5 gr. dziennie, zwłaszcza przy obrzękach bardzo uporczywych, przy równoczesnem podwyższeniu ilości cukru, dalej podanie czasowe ciężkich win, koniaku lub czarnej kawy itd.

W przypadkach ciężkiego niewyrównania krążenia dominują często nad innemi objawami obrzęki ogólne i przesięki do jam surowiczych, które nieraz nie ustępują mimo wzmocnienia serca i stanowią objaw z jednej strony przykry dla chorego, a z drugiej przeszkadzający wyrównaniu krążenia. O ile pod wpływem leczenia ściśle nasercowego środkami z grupy naparstnicy, ograniczenia płynów i soli w pokarmach nie będziemy mogli usunąć obrzęków i przesięków surowiczych, wtedy obok leczenia nasercowego musimy jeszcze podjąć leczenie ściśle przeciwobrzękowe. W tych przypadkach w pierwszym rzędzie ograniczymy ilość płynów w pokarmach jeszcze znaczniej. Podajemy wówczas wprzód wyłącznie samo mleko i to w pierwszym dniu max. do 200 ccm dziennie, w drugim nieco więcej, dochodząc w piątym dniu do 1000 ccm, a dodajemy oprócz mleka tylko parę sucharków i nic więcej. Po pięciu dniach zwiększamy powoli ilość dzienną podawanych płynów aż do max. 1500 ccm., ograniczając tylko podaż soli kuchennej i przechodzimy powoli do djety mięszanej lekko strawnej. Pozatem staramy się pobudzić diurezę zapomocą środków, które zwiększają odwodnienie tkanek i pobudzają czynność nerek mniej lub więcej niezależnie od stanu krążenia. O ile chodzi nam o silne działanie moczopędne, wtedy podajemy w pierwszym rzędzie *theocynę (theophyllinum)* czystą lub jako *theocinum (theophylinum) natrio-aceticum* i to w dawkach po 0,1—0,25 *pro dosi*, ewentualnie do 0,75 *pro die*, u nerwowych chorych w kombinacji ze środkami z grupy antinervina. Z równą korzyścią możemy podać *euphyllinum* w dawkach do 0,5, a nawet 1,0 dziennie, która ma jeszcze tę zaletę, że dzięki łatwej rozpuszczalości we wodzie może być zastosowana także wśródżylnie i to 1—2—3 razy dnia po 0,3—0,4 *pro dosi*, a także wśródmięśniowo lub też w czopkach do kiszki stolcowej. U ludzi wrażliwych, a zwłaszcza u chorych z miażdżycą przy równoczesnem niewyrównaniu krążenia z uporczywemi obrzękami podajemy przedewszystkiem połączenia *teobrominy* jako *diuretica*, więc *diuretinę*, *agurynę* lub inne podobne preparaty jak np. naszą *tecarinę* w dawkach po 0,5—1,0 *pro dosi*, a 2,0—5,0 *pro die*. W razie gdy i te środki nie usuną obrzęków wtedy uciekamy się do podania kalomelu, a stosujemy go starym sposobem przez trzy dni i to trzy razy dnia po 0,2 *calomelanos* wraz z 0,01 *opii pur.* przy zachowaniu ostrożności, do których jesteśmy przyzwyczajeni przy podaży połączeń rtęciowych. Doraźny, często i trwały a doskonały wynik przeciwobrzękowy wywołuje *novasurol* lub *salyrgan*. Wstrzykujemy go w tym celu wśródmięśniowo, jako pierwszą dawkę 0,75 ccm, po 2, 3 lub 4 dniach 1 ccm, a nawet $1^1/_2$ ccm. 10% roztworu novasurolu lub salyrganu z oryginalnych ampułek fabrycznych. Działanie moczopędne poszczególnej dawki jednego z tych środków występuje zwykle bardzo wybitnie już po 1—2 godz. i trwa przez 12 godz., rzadziej dłużej. Nie stosujemy tych środków przy nefrytydach, zwłaszcza z krwiomoczem. W omawianych przypadkach novasurol lub salyrgan może być uważany jako doskonały środek pomocniczy i to wtedy, gdy inne środki moczopędne zawodzą. Zmniejszenie obrzęków, tą drogą uzyskane, umożliwia nieraz dopiero powrót do stanu wyrównania, którego dotychczas nie można było osiągnąć innemi środkami. W pewnej grupie przypadków schorzeń serca, w których dominują bardzo znaczne obrzęki pochodzenia zdaje się czysto obwodowego, i to na tle zaburzeń tarczycowych, a które nie reagują ani na środki nasercowe ani moczopędne należy spróbować podawania wewnętrznego pastylek tyreoidyny po 0.1—0,3—0,6 substancji tarczycowej dziennie, przez czas najwyżej trzech tygodni. W razie działania korzystnego diureza wzrasta wtedy znacznie, a obrzęki ustępują nieraz bardzo szybko. W przypadkach typowych wad sercowych w okresie niewyrównania tyreoidyna efektu nie wywołuje i jest nawet przeciwwskazana. Gdy mimo zastosowania wyżej wymienionych środków nie możemy uzyskać ustępowania obrzęków wtedy płyn obrzękowy usuwamy mechanicznie. Przez nakłucie jam surowiczych czy to skóry opuściwszy większą ilość płynu obrzękowego doczekamy się nieraz ostatecznie nawrotu wyrównania krążenia.

Ale i te metody nieraz zawodzą w dążeniach naszych do usunięcia obrzęków. Wtedy pozostaje nam jeszcze możność odwodnienia organizmu drogą przewodu pokarmowego. Staramy się wtedy rozmaitemi środkami przez dłuższy czas wywoływać codziennie po 2—3 wolne stolce, ażeby tą drogą pozbyć się płynu przesączynowego. Tu najlepsze wyniki dawało mi systematyczne podawanie zakazanych u nas pigułek Morisona i to przez tygodnie, miesiące a nawet lata. Tym sposobem mogliśmy nieraz pomóc do usunięcia bardzo uporczywych obrzęków i utrzy-

mać stan wyrównania w ciężkich przypadkach przewlekłych schorzeń serca.

O djaforetycznem leczeniu obrzęków w niewyrównanych schorzeniach serca nie wspominam, bo czy to z pilokarpiną czy to ze suchemi parniami w tych przypadkach lepiej być bardzo ostrożnym i nie stosować ich zupełnie u tych chorych.

Dodać należy, że, jeżeli ostatecznie u chorego potrafimy doprowadzić do stanu wyrównania krążenia sposobami wyż podanemi, wtedy dla utrzymania równowagi krążenia będziemy dalej postępować według zasad, które podaliśmy wyżej przy omawianiu leczenia schorzeń wyrównanych.

Na tem wyczerpalibyśmy temat naszego wykładu, a musimy podnieść jeszcze raz, że brak schematyzowania w leczeniu schorzeń serca musi być naszą zasadą postępowania; obserwacja chorego w czasie leczenia będzie zawsze dla nas drogowskazem do ułożenia planu naszego postępowania w danym przypadku przewlekłego organicznego schorzenia serca.

Z PRAKTYKI.

Prof. A. BEDNARSKI. Lwów.

Przypadek jaskry dziecięcej, wyleczonej bez operacji *).

Jaskra pierwotna u dzieci *(glaucoma infantile)* zdarza się względnie rzadko. Etjologja i rozwój tego cierpienia posiada jeszcze wiele stron ciemnych, rokowanie w ogóle niepewne a w dalszych okresach cierpienia złe, terapja zaś dotąd nieujednostajniona. Z wielu więc względów kliniczne obserwacje odnośnych przypadków są pożądane i dlatego pozwalam sobie opisać przypadek, który obserwowałem w pierwszych okresach rozwoju a następnie po pięciu latach stwierdziłem ustąpienie sprawy chorobowej na jednem oku, ze zachowaniem zdolności widzenia.

Historja przypadku jest następujaca:

Piotr Sz., 6 miesięcy, przyjęty na oddział oczny szpitala św. Zofji we Lwowie, którego wówczas byłem kierownikiem, 10. XII. 1904 r.

Wywiady: Matka podaje, że w 3-cim tygodniu po urodzeniu spostrzegła, że dziecko ma nieczyste oczy.

Stan ogólny. Dziecko źle odżywione i rozwinięte, ciemię wielkie średnicy 7—8 cm., tyłogłowie miękkie, na klatce piersiowej wieniec rachityczny. Gruczoły nieznacznie powiększone, twarde. Oko prawe blade. Rogówka ćma, jakby pokłuta, okazuje górą nieco rozszerzone zaćmienie właściwe rąbkowi a nadto poniżej półksiężycowate zaćmienie, jakby *gerontoxon senile (embryotoxon, sclérophtalmie)*, oddzielone od rąbka paskiem przeźroczystej rogówki. Przednia komora głęboka. Źrenica miernie szeroka, na światło wyraźnie oddziaływa. Dno oka wziernikiem nie prześwieca, z powodu zaćmienia rogówki. T+2 1/2.

Lewa gałka nieco powiększona, może na jakie 3 mm. wystaje więcej ku przodowi. Oko blade. Rogówka ćma, jakby pokłuta, w górze widać, podobnie jak na oku prawem, rozszerzenie rąbka a poniżej półksiężycowate zaćmienie rogówki, około 2 mm. szerokie. Twardówka sinawa. Przednia komora głęboka. Źrenica nieco szersza jak prawa, na światło niewyraźnie, bardzo słabo oddziałuje. Dno nie prześwieca, z powodu zaćmienia rogówki. T+2 1/2.

Terapja. Zastosowano zapuszczanie do worka spojówkowego ezeryny z adrenaliną, sposobem podanym przez Granclement'a [1]), przez pierwsze dwa dni co godzinę w dzień, trzeciego dnia co pół godziny w dzień, w nocy pauza. Czwartego dnia (14. XII. 1904) stwierdzono: źrenica prawa zwężona maksymalnie, źrenica lewa utrzymuje się nieco szersza. Zresztą stan oczu niezmieniony — rogówki zmętnione, gałki twarde. Zastosowano dalsze zapuszczenie ezeryny z adrenaliną, teraz co pół godziny dzień i noc bez przerwy. Piątego dnia (15. XII. 1904) stwierdzono: rogówki obie jaśniejsze, napięcie gałki prawej wybitnie zmniejszone, (T pr. +1). Terapja dalej ta sama.

Szóstego dnia (16. XII. 1904) z powodu stwierdzonej u dziecka sapki i biegunki wstrzymano zapuszczanie ezeryny z adrenaliną. Badanie wykazało obfity odpływ śluzowy z nosa, w płucach objawy rozległego nieżytu. Brzuch zapadnięty, szczególnie w okolicy talerzów biodrowych. Stolce bardzo częste, wolne, w małej ilości na raz (śp. Prym. Dr. Czarnik).

Siódmego dnia (17. XII. 1904): Gałki obie twarde, prawie tak, jak w dniu przyjęcia. Rogówka prawa jaśniejsza utrzymuje się, lewa napowrót mętna. Źrenice obie zwężone. Biegunka mniejsza. Ponownie zastosowano zapuszczanie ezeryny z adrenaliną co pół godziny dzień i noc. Ósmego dnia (18. XII. 1904) napięcie gałki prawej zmniejszyło się (T+1 1/2), rogówka wyjaśniła się zupełnie, źrenica maksymalnie wąska. Stan oka lewego niezmieniony. Na żądanie matki dziecko wypisano, zapisując do domu ezerynę z adrenaliną.

Powtórnie dziecko zgłosiło się do szpitala po trzech tygodniach (10. II. 1905). Badanie wykazało. Prawe oko blade, rogówka czysta, przednia komora głęboka, źrenica miernie szeroka, oddziaływa na światło. T+3. Lewe oko. Lekkie nastrzykanie spojówki gałkowej, rogówka ćma, bez połysku, mętna. Przednia komora znacznie głębsza. Źrenica miernie szeroka. T+3. Zastosowano zapuszczanie ezeryny z adrenaliną co pół godziny dzień i noc.

Po czterech dniach (14. II. 1905): Źrenice maksymalnie wąskie. T pr. l. +2. Rogówka lewa jaśniejsza. Na żądanie matki dziecko wypisano ze szpitala, zapisując do domu ezerynę z adrenaliną.

Następne badanie po latach pięciu 1. II. 1910 wykazało: Oko prawe blade, niepowiększone. Rogówka czysta, oprócz łuku szarego górą *(embryotoxon)*. Przednia komora nieco głębsza, źrenica miernie szeroka, równa, na światło dobrze oddziałuje. Napięcie gałki normalne T-n. Wziernikiem: Środki łamiące czyste. Tarcza nerwu wzrokowego bledsza, bez ekskawacji, od zewnątrz sierp naczyniówkowy biały, ostro odgraniczony. W plamce żółtej plama biała, nieregularna, wielkości prosa i złogi czarne, grudkowate, barwika, nadto w tylnym odcinku gałki pojedyncze białe smugi zanikowe w naczyniówce.

Dziecko okiem prawem widzi, samo chodzi, przedmioty rozeznaje dobrze.

Lewa gałka nieco powiększona. Spojówka gałkowa nieco nastrzykana. Rogówka o powierzchni gładkiej, lśniącej, przeźroczysta. Cała przednia komora krwią wypełniona. Napięcie gałki obniżone. T —1.

W krótkości historja przypadku przedstawia sie następująco: U sześciomiesięcznego dziecka z objawami krzywicy, u którego matka w trzecim tygodniu życia zauważyła zamglenie oczu, stwierdzono wybitne objawy rozwiniętej jaskry: zmętnienie rogówek, głębokie przednie komórki, znaczne podwyższenie ucisku śródocznego. Nadto lewa gałka była nieco powiększona. Oczy przytem blade. Źrenica na prawem oku miernie szeroka, na światło dobrze oddziaływała, na lewem nieco rozszerzona, słabo oddziałująca. Leczenie polegało na zapuszczaniu ezeryny $^{1}/_{2}$% z adrenaliną, operacji nie wykonywano. Na prawem, lepszem oku, osiągnięto trwałe wyjaśnienie rogówki (czas obserwacji 3 miesiące) i przemijajace, ale wybitne, obniżenie napięcia śródocznego. Na lewem poprawa zaznaczyła się przez zwężenie źrenicy, lekkie wyjaśnienie rogówki i nieznaczne obniżenie ucisku śródocznego. A więc nie zdołano usunąć wszystkich objawów jaskry a w szczególności ucisku śródocznego nie doprowadzono do normy w ciągu trzechmiesięcznego leczenia. Po pięciu latach stwierdzono: na oku prawem lekkie zblednięcie tarczy nerwu wzrokowego, czarne i białe plamy zanikowe w naczyniówce w tylnej części gałki a zresztą żadnych objawów jaskry, napięcie gałki normalne, brak zagłębienia tarczy dobrzeźnego, gałka niepowiększona, dziecko widzi, samo chodzi, przedmioty rozeznaje dobrze. Na oku lewem stwierdzono: *haemophtalmus*, gałka powiększona, miękka, oślepła.

Chociaż leczenie w danym przypadku niewątpliwie przyczyniło się do ustąpienia jaskry, na prawem oku, zaliczam opisany przypadek do przypadków samoistnego wyleczenia jaskry dziecięcej. Przypadki samoistnego wyleczenia jaskry dziecięcej należą do wyjątków. Schmidt-Rimpler, w drugiem wydaniu Graefe-Saemischa [2]) wspomina o trzech przypadkach samoistnego wyleczenia jaskry dziecięcej (Haab, Bijlsma, Zahn), z których ostatni (trzeci) z r. 1904. Lagrange w swoim znakomitym i wyczerpującym referacie o jaskrze dziecięcej, wygłoszonym w Soc. franc. d'opht. w r. 1925 mówi, że rzadko się zdarza, aby *myotica* mogły powstrzymać rozwój jaskry dziecięcej a tem mniej ją wyleczyć. Lagrange nie zaprzecza jednak możliwości samoistnego względnie lekowego wyleczenia jaskry dziecięcej. Przypadek mój w. o. świeżo stwierdza, że przypadki samoistnego wyleczenia jaskry dziecięcej rzeczywiście się zdarzają.

*) Odczyt wygłoszony na XII Zjeździe Lek. i Przyr. Pol. w Warszawie w r. 1925.

[1]) Clinique ophtalm. X. 1904. str. 203. Granclement poleca zapuszczać *(Eserini 0,05, Adrenalini (solut. 1:1000) 3,0, Aqu. dest. 10,0)* co pół godziny dzień i noc a później co 6 godzin.

[2]) Graefe—Saemisch, Handbuch d. g. Augenhk. VI. 1. str. 59.

Dr. Marjan MIENICKI — adjunkt. Wilno.
Dr. Aureli MAŃKOWSKI — st. asystent.

Próby leczenia kiły preparatem arseno-bismutowym „Bias".

Z kliniki Dermatologicznej U. S. B. w Wilnie.
Dyrektor: Prof. Dr. Z. Sowiński.

Od czasu kiedy w r. 1921 z powodzeniem został zastosowany przez Lewaditi'ego i Sazerac'a bismut w leczeniu kiły

i gdy zauważono, że środek ten częstokroć przewyższa preparaty rtęciowe, powstał szereg połączeń soli bismutowych nierozpuszczalnych w zawiesinach, jak też i rozpuszczalnych. Od tego czasu powstała wielka ilość preparatów zawierających tylko sole bismutowe, bądź połączenie tychże z innemi środkami, jakiemi są najbardziej obecnie używane chinina i jod.

Chociaż bismut okazał się potężnym środkiem w leczeniu kiły, jednak jak obecnie nie używa się samej rtęci, tak też i w kuracji bismutowej, prócz domięśniowych zastrzyków soli bismutowych stosujemy jednocześnie wlewanie neosalvarsanu.

P a w l a s starając się uprościć sposób stosowania używał do wlewań mieszaniny luatolu z neosalvarsanem (Przegląd Dermatolog. Nr. 4. 1924 r.).

Dążeniem jednak było wynalezienie sposobu zespolenia bismutu z arsenem. Pierwszy L e w a d i t i (Die Bismuthbehandl. der Syphilis. Dr. H e y m a n n. Berlin 1925) poczynił próby w tym kierunku, jednak nie dały one wyników pożądanych.

Zespolenie to dopiero udało się otrzymać B e r n h a r d o w i i H e p n e r o w i. Związek ten nazwany przez nich „Biasem" zawiera 13,5% As. met. oraz 7,8% Bi. met.; preparat ten po wypróbowaniu na zwierzętach i po stwierdzeniu, że nie jest szkodliwym dla ustroju, został przez B e r n h a r d a wprowadzony do leczenia kiły (Pol. Gazeta Lek. Nr. 52 r. 1925). Wyniki otrzymane przez B e r n h a r d t a zachęciły nas do wypróbowania go na Klinice Dermatologicznej U. S. B. — Preparat został nam dostarczony przez firmę Klawe, dzięki uprzejmości p. H e p n e r a.

Za materjał naszych obserwacyj, których mieliśmy 12 służyli chorzy w różnych okresach kiły.

Przypadków z objawem wrzodu pierwotnego lub zmianami drugorzędnemi na skórze i błonie śluzowej mieliśmy osiem; ze zmianami trzeciorzędnemi jeden i w okresie kiły utajonej trzy.

Podajemy krótki przebieg chorób i zarazem zaznaczamy, że do leczenia miejscowych objawów nie stosowaliśmy żadnych środków, żeby w ten sposób mieć możność opierać się wyłącznie na działaniu preparatu „Bias".

P r z y p a d e k I. Andrzej H. lat 23 (L. 452.).

Pierwotne owrzodzenia w ilości trzech na żołędzi, gruczoły chłonne zwiększone i stwardniałe, w gardle szary nalot zwłaszcza na powiększonym lewym migdałku. Odczyn B. Was. przed kuracją wybitnie dodatni (++++). W owrzodzeniu znaleziono w ciemnem polu w obfitej ilości krętki blade, chory otrzymał 8 wlewań Biasu w ogólnej ilości 3,40.— Krętki blade znikły po drugiem wlewaniu; owrzodzenia zagoiły się po dziesięciu dniach. Po pierwszem wlewaniu u chorego wystąpiła wysypka plamisto-grudkowa utrzymująca się do szóstego wlewania. Po ostatniem wlewaniu zmiany w gardle nie ustąpiły, gruczoły chłonne pozostały znacznie powiększone i stwierdzało się nacieki w miejscach owrzodzeń. Odczyn B. W. po 5 wlewaniach (++++) i po 8 (+++).

P r z y p a d e k II. Stefan P. lat 23 (L. 363.).

Owrzodzenia na żołędzi. Gruczoły pachwinowe powiększone. W owrzodzeniu znaleziono krętki blade. Odczyn B. W. ujemny. Chory otrzymał 8 wlewań Biasu (razem 3,5). Po pierwszem zastosowaniu Biasu krętków bladych nie udało się już znaleźć, chociaż owrzodzenie ostatecznie zagoiło się po 4 wlewaniach. Odczyn B. W. po 3 dawkach Biasu dodatni (++), po skończonej kuracji ujemny. Gruczoły pachwinowe nieznacznie powiększone.

P r z y p a d e k III. Władysław A. lat 22 (L. 385.).

Kiła nawrotowa. Lepierze płaskie w okolicy odbytu; gruczoły pachwinowe wybitnie zwiększone. Odczyn B. W. wyb. dodat. (++++). Chory otrzymał 8 wlewań Biasu w łącznej sumie 3.5. Po skończonej kuracji lepierze trwały, gruczoły pozostały zwiększone. Odczyn B. W. wyb. dodat. (++++). Choremu w dalszym ciągu musiano zastosować kuracje rtęciowo-salvarsanową.

P r z y p a d e k IV. Jan K. lat 27 (L. 160.).

Blizna po owrzodzeniu w okolicy wędzidełka. Wysypka plamisto guzkowa na ciele; lepierze moknące na mosznie. Naloty na migdałkach i pod językiem. Gruczoły chłonne zwiększone. Odczyn B. W. wyb. dodat. (++++). Chory otrzymał 7 wlewań Biasu w łącznej sumie 2.80.

Zmiany na mosznie wessały się po 3 wlewaniach, jako też i naloty na błonie śluzowej. Po czterokrotnem wlewaniu Biasu na ciele pozostała jeszcze nieznaczna wysypka, która ustąpiła przy końcu kuracji. Gruczoły chłonne nieco zmniejszone. Odczyn B. W. po 4 Biasach wyb. dodat. (++++) po ostatniem wlewaniu (+++).

P r z y p a d e k V. Zygmunt K. lat 25. (L. 232).

Kiła nawrotowa. Na tułowiu wysypka plamista zlewająca się. Grudki na napletku i żołędzi. Naloty w gardle, leukoderma specyficzna na szyi; gruczoły powiększone. Odczyn B. W. wyb. dodat. (++++). Chory otrzymał 7 wlewań Biasu łącznie 2,9. — Po czterech wlewaniach wysypka na ciele ustąpiła inne zmiany trwały do końca. Odczyn B. W. po ostatniem wlewaniu (++++).

Choremu rozpoczęto kurację rtęciowo-salvarsanową.

P r z y p a d e k VI. Wacław S. lat 25 (L. 403.).

Wysypka plamista na tułowiu oraz grudkowe wykwity na prąciu i mosznie; lepierze płaskie w okolicy odbytu; gruczoły chłonne wybitnie zwiększone. W gardle naloty. Leucoderma i wyłysienie specyficzne. Odczyn B. W. wyb. dodat. (++++). Chory otrzymał 8 wlewań Biasu łącznie 3,4. Po drugiem wlewaniu grudki na prąciu i mosznie znikły, lepierze nieco spłaszczyły się. Po ostatniem wlewaniu wysypka znikła, lepierze i inne na początku istniejące objawy trwały. Odczyn B. W. po 5 wlewaniu wyb. dodat. (++++), po ostatnim (++++).

Choremu zastosowano leczenie rtęciowe i neosalvarsanowe.

P r z y p a d e k VII. Piotr K. lat 24. (L. 369).

Obfita wysypka plamisto grudkowa na tułowiu. Wysypka krostowa na owłosionej części głowy (*impetigo supertit.*). Grudki moknące na członku i mosznie; naloty specyficzne na migdałkach. Leucoderma szyi; powiększenie gruczołów chłonnych. Odczyn B. W. wyb. dodat. (++++). Chory otrzymał 9 wlewań Biasu, łącznie 4,0. Po 2 wlewaniach krostki i grudki przyschły; migdałki nieco oczyściły się. Po czterech wlewaniach stan pozostawał bez zmian, a dopiero po ostatnim Biasie objawy ustąpiły prócz leucodermy i zwiększonych gruczołów. Odczyn B. W. po 5 wlewaniach (+++) po skończeniu leczenia (+++).

P r z y p a d e k VIII. Bolesław A. lat 29 (L. 414).

Paraphimosis oraz owrzodzenie pierwotne na wewnętrznej powierzchni napletka. Gruczoły chłonne powiększone. W owrzodzeniu stwierdzono liczne krętki blade. Odczyn B. W. wyb. dodat. (++++). Chory otrzymał 7 wlewań Biasu, łącznie 3,0. Po pierwszem wlewaniu (0,2) wystąpiła bardzo obfita wysypka plamista, oraz *lues papul. miliaris.* Zmiany te po każdem następnem wlewaniu nie znikały, a nawet stawały się wyraźniejsze pozostając do końca leczenia Biasem. Krątków bladych po drugiem wlewaniu nie znaleziono, owrzodzenie na prąciu ostatecznie zagoiło się po 5 inject. — Po siedmiu wlewaniach odczyn B. W. pozostał bez zmian (++++) i choremu rozpoczęto leczenie rtęciowo-salvarsanowe.

P r z y p a d e k IX. Alfons M. lat 43. (L. 350.).

Od roku owrzodzenia trzeciorzędowe na owłosionej części głowy, piersiach w okolicy mostka, oraz kilak lewego jądra wielkości jaja kurzego otwarty nazewnątrz przez skórę moszny tworząc w tem miejscu owrzodzenia nerkowate dużych rozmiarów. Odczyn B. W. wyb. dodat. (++++). Chory otrzymał 10 wlewań Biasu, łącznie 3,9. Po trzech Biasach owrzodzenie jądra zmniejszyło się o $^1/_3$ część. Kilaki na głowie i w oklicy mostka nieznacznie zmniejszyły się, a dopiero po 8 wlewaniu zmiany kilakowe ustąpiły.

Odczyn B. W. po 5, 9, jako też w miesiąc po skończonej kuracji pozostawał wyb. dodatni (++++).

P r z y p a d e k X. Rudolf K. lat 23. (L. 372).

Kiła utajona. Odczyn B. W. (++++). Chory otrzymał 8 wlewań Biasu łącznie 3,5. Odczyn B. W. po 3 wlewaniu i po skończonej kuracji pozostał wybitnie dodatni (++++).

P r z y p a d e k XI. Paweł S. lat 22 (L. 371.).

Kiła utajona. Odczyn B. W. ujemny. Chory otrzymał 8 wlewań Biasu, łącznie 3,5. Odczyn B. W. w połowie kuracji wypadł słabo dodatni (+) po skończonem leczeniu ujemny.

P r z y p a d e k XII. Czesław P. lat 23 (L. 126.).

Kiła utajona. Odczyn B. W. dodatni (+++). Chory otrzymał 8 Biasów, łącznie 3,5. Odczyn B. W. po 5 wlewaniach sł. dodatni (+). Po skończonej kuracji ujemny (—).

Wlewania uskuteczniališmy w przerwach 4–5 dniowych podając po jednej dawce 0,2 i 0,3 a czasami i 0,4, a następnie po 0,5. Większych dawek nie stosowaliśmy.

Zabiegi naogół chorzy znosili dobrze, przeważna część chorych uskarżała się tylko na bole zębów i dziąseł, które występowały natychmiast po wlewaniu, jednak prędko przemijały.

Nieznaczne podniesienie ciepłoty w kilka godzin po zabiegu spostrzegaliśmy w dwóch przypadkach.

U jednego chorego trzy razy w $^1/_2$ godziny po Biasie występowały nudności i wymioty. Inni chorzy czasami uskarżali się na nieznaczne bole głowy.

Badaliśmy mocz chorych w ciągu kursu leczenia od 5–6 razy, podrażnienia nerek nie zanotowaliśmy, a nawet w przypadkach kiły trzeciorzędowej ilość białka wynosząca przed rozpoczęciem leczenia 0,5‰ po wlewaniach zmniejszała się — pozostały tylko ślady białka.

Na zasadzie powyższego przyznać musimy, że „Bias" jako połączenie zespolone bismutu z arsenem jest środkiem nieszkodliwym i dobrze znoszonym przez ustrój, jest łatwo rozpuszczalny, posiada własności dogodnego stosowania.

Przyznać jednak trzeba, że działanie „Biasu" jest słabe, bo zmiany kiłowe przy tem leczeniu ustępują, lecz jednak nie tak prędko jak to mamy przy stosowaniu mięszanej kuracji (bism. + neos. lub rtęć + neos.).

Wyraźniejszego wpływu na zmianę odczynu B. Wass. również nie mogliśmy stwierdzić.

W końcu zaznaczamy, że stosownie do wskazówek Bernhardta robiliśmy na kurację od 7—10 wlewań w łącznej sumie od 2,80—4,0 gr., zużywając w ten sposób na 12 chorych łaskawie udzieloną nam ilość „Biasu".

Dr. Józef TYPOGRAF. Warszawa.

O leczeniu przewlekłych chorób narządu ruchu mułem piszczańskim.

Z Oddziału Wewnętrznego „B" Szpitala Św. Łazarza w Warszawie.
Ordynator: doc. dr. M. Semerau-Siemianowski.

Dziedzina przewlekłych cierpień stawowych jest jeszcze klinicznie w bardzo wielu punktach ciemna. W większości przypadków czynniki etjologiczne choroby są nam nieznane, zewnętrznie uchwytne zaś zmiany stawowe w różnych postaciach chorobowych przedstawiają znaczne wzajemne podobieństwo i, naodwrót, w jednej i tej samej jednostce chorobowej zmiany te mogą się przedstawiać zupełnie odmiennie, zależnie od okresu sprawy i jej natężenia. Nieznajomość danych etjologicznych oraz anatomo-patologicznych uniemożliwia racjonalny podział przewlekłych cierpień stawowych. To też w tej dziedzinie panuje zupełna dezorjentacja i rozbieżność; prawie każdy, zajmujący się powyższą sprawą, autor ustanawia własny podział.

Nieznajomość patogenezy i trudność odgraniczania w pewnych przypadkach, szczególnie w późniejszych okresach, z któremi najczęściej mamy do czynienia, nawet tak odmiennych chorób, jak zmiany stawowe pochodzenia zakaźnego od dnawego, odbija się, oczywiście, i na leczeniu. Dane wywiadowe w trwającej dziesiątki lat chorobie i jej bardzo powolnym i stopniowym przebiegu w większości przypadków nie posiadają dla nas nawet u inteligentnych chorych prawie że żadnej wartości.

Zważywszy straszny los, jaki czeka chorych przy dalszem postępowaniu cierpienia, czyniącem ich często nieruchomymi kalekami z jednej strony, oraz bezsilność naszej terapji z drugiej, uważamy, że przewlekłe choroby stawów przedstawiają jedną z najniewdzięczniejszych dziedzin dla lekarza.

Liczne środki lecznicze: jod, atofan, salicylany, kollargol, argoflawina, arsen, siarka. proteinoterapja w setkach różnych sposobów, preparaty hormonowe, liczne szczepionki i surowice, najrozmaitsze specyfiki — zawodzą przeważnie zupełnie. Stosunkowo najlepiej pomagają zabiegi hydroterapeutyczne, balneologiczne i fizyko-mechaniczne, stosowane w połączeniu z naturalnemi środkami leczniczemi pewnych źródeł w różnych miejscowościach kuracyjnych. Stary ten sposób leczenia zachowuje nadal całą swoją wartość. Leczenie to jednak, najskuteczniejsze, o ile jest przeprowadzane na miejscu w uzdrowisku, jest bardzo kosztowne i dostępne przeto, szczególnie w obecnych czasach, dla b. nielicznych zamożnych jednostek; znakomita zaś większość ciężej dotkniętych chorobami stawów zalicza się do ubogiej ludności robotniczej, tak że nawet jedna z cięższych postaci chorób stawowych została nazwana *Arthritis pauperum*.

Naczelny Lekarz naszego szpitala dr. Watraszewski, uważa, na podstawie swego długoletniego doświadczenia za jedną z najlepszych miejscowości leczniczych w cierpieniach narządu ruchowego Piszczany w Czechosłowacji. Najlepsze wyniki otrzymuje się według niego, oczywiście, na miejscu, przeprowadzając jednocześnie kombinowane leczenie kąpielowe lub okładami oraz pijąc piszczańskie wody siarczane. W tych warunkach osiąga się nawet w b. ciężkich przypadkach najlepsze wyniki lecznicze, które się utrzymują przez dłuższy przeciąg czasu.

W swej pracy poświęconej Piszczanom dr. Watraszewski pisze co następuje:

„Muł piszczański zarówno w postaci kąpieli mułowych, jak i w postaci okładów stosowanych bezpośrednio na zajętą okolicę ciała z jednoczesnemi właściwemi owijaniami, okazuje się wielce cennym środkiem leczniczym. Znajduje on szerokie zastosowanie dla opanowania dolegliwości nietylko na miejscu w Piszczanach, ale dzięki odpowiedniemu przygotowaniu muł ten zostaje w postaci kostek komprymowanych rozsyłany i może być z doskonałym wynikiem stosowany nawet zdala od miejsca swego pochodzenia".

„Jak wiadomo, ciepłe kąpiele mułowe poza właściwem im miejscowem pomyślnem działaniem na spowodowane dną lokalne zmiany, w postaci wpływu na stawowe i okołostawowe złogi, nacieczenia mięśni, ścięgien i miejsc ich przyczepu, rozwijają pozatem jeszcze działanie ogólne, pobudzające przemianę materji; powstają naskutek tego warunki sprzyjające rozkładowi, a następnie i usunięciu z ustroju nagromadzonych w nim i warunkujących zmiany chorobowe ciał".

Muł piszczański pochodzi z gorących, znanych już od 400 lat ze względu na swe właściwości lecznicze, wulkanicznych źródeł siarczanych. Jest to czarna, ciastowata, silnie spoista masa, prawie zupełnie nie zawierająca domieszek pochodzenia organicznego. Według analizy chemicznej muł piszczański składa się z więcej niż połowy kwarcu i glinu, ze znaczną domieszką soli żelaza, wapnia, sodu, potasu i bezwodnika kwasu siarkowego. Muł ten jest b. złym przewodnikiem ciepła i długo je w sobie zatrzymuje, tak, że stygnięcie odbywa się powoli. Ustrój znosi doskonale o wiele wyższe temperatury okładów mułowych, aniżeli innych procedur cieplnych. Wchłanianie ciepła mułu przez skórę jest znaczne i długotrwałe; powoduje to silne ogrzanie i przekrwienie odpowiedniej części ciała. Wyniki lecznicze są częściowo następstwem przegrzania ustroju samym zabiegiem, a częściowo zależą od radjoczynności produktów źródlanych. Muł piszczański zawiera w znacznej ilości trwale związane i stale w nim pozostające sole radowe. Swoistą właściwość mułu stanowi jak to wykazywali Mache i Mayer długoletnie utrzymywanie radjoczynności, tak, że przeznaczony na wysyłkę nic nie traci ze swej siły leczniczej, co umożliwia przeprowadzenie kuracji nie tylko na miejscu, ale i w domu u chorego.

Głównem wskazaniem do okładów piszczańskich są wszelkie przewlekłe schorzenia narządów ruchu, a wiec nerwów, mięśni, ścięgien, kości i stawów. Obszerna dziedzina niezawsze ściśle dających się określić dolegliwości, zwanych ogólnie reumatycznemi, artrytycznemi, dnawemi, neuralgicznemi — oto główna domena do wykorzystania szczególnych właściwości mułu piszczańskiego.

Dodatni wynik leczniczy jest skutkiem działania wielu zawartych w mule fizyczno-chemicznych i radjo-biologicznych, wzajemnie się wzmacniających czynników. Na pierwszym planie należy bez wątpienia postawić osiągane za pomocą stałego stosowania mułu systematyczne przegrzewanie, powodujące niedające się jeszcze ściśle określić korzystne dla ustroju zmiany biologiczne. Zabiegi z mułu piszczańskiego znosi się w przeciwieństwie do innych zabiegów gorących z przyjemnem, ból uśmierzającem uczuciem. Podwyższając temperaturę całego ciała, a przedewszystkiem tych jego części, które wystawiamy wprost na działanie gorącego mułu, osiągamy hypertermję, stanowiącą cel piszczańskiej metody leczenia. Osiągnięte przegrzanie wywołuje przekrwienie, przyspiesza rezorbcję i odnawia życie w zastarzałych ogniskach zapalnych. Przegrzanie to staramy się za pomocą zawijania chorego w kołdry utrzymać jeszcze przez możliwie długi czas po zabiegu.

Zrozumiałem jest, że w przypadkach cięższych należy jednocześnie stosować masaż, ruchy bierne, odpowiednią dietę, oraz mineralne wody lecznicze — Karlsbad, Vichy, albo, jak na to kładzie szczególny nacisk dr. Watraszewski, siarczane wody piszczańskie.

Ogółem leczyliśmy mułem piszczańskim 20 chorych. Jako przykłady przytaczamy w krótkości następujące historje chorób:

1) Chora H. Z., służąca, lat 40. Rozpoznanie: *polyarthritis rheumatica chronica*. W 1904 r. ostry gościec stawowy. Na 4 miesiące przed przybyciem do szpitala grypa, po której chora poczęła odczuwać bole w stawach skokowych, kolanowych, drobnych stawach prawej dłoni i w prawym stawie łokciowym; przy ruchach biernych i czynnych bole te, szczególnie w prawym stawie kolanowym, potęgują się do tego stopnia, że prawie uniemożliwiają poruszenie dotkniętą kończyną. W chwili przybycia do szpitala stwierdza się zatarcie kształtu prawego stawu kolanowego, objaw balotowania rzepki, nieznaczne obrzęki drobnych stawów prawej dłoni oraz silną bolesność przy ruchach w wymienionych stawach. Stan bezgorączkowy. Salicylany i atofan okazały się bezskutecznemi. Zastosowano wówczas okłady piszczańskie na prawy staw kolanowy i prawą dłoń. Po upływie 2 tygodni wybitna poprawa, polegająca na zupełnem ustąpieniu obrzęku i bolesności zajętych stawów oraz przywróceniu utrudnionych uprzednio ruchów. Chora wypisała się na własne życzenie jako zupełnie zdolna do pracy.

Przypadków podobnych do powyższego spostrzegaliśmy siedem. W 5 osiągnęliśmy wybitną poprawę, umożliwiającą chorym powrót do pracy zawodowej, w 2 zaś pozostałych, z daleko posuniętemi zmianami, poprawa ograniczyła się jedynie do ulgi podmiotowej.

2) Chory B. H., kupiec, lat 45. Rozpoznanie: *Ischias sin*. Zachorował przed 4 miesiącami, jak twierdzi, wskutek przemęczenia i przeziębienia. Silne bole w okolicy pośladkowej lewej, niemożność chodzenia. Po leczeniu wewnętrznem ulga o tyle, że chory mógł opuścić łóżko. Chodzi o kiju, unika obciążania chorej strony. Obecnie silna bolesność uciskowa na całym przebiegu nerwu kulszowego, objaw Lassegue'a dodatni. Niemożność obucia samemu lewej nogi. Bole w nocy pomimo ciepła i spokoju potęgują się. Od czasu zachorzenia upośledzenie stanu odżywiania, bezsenność, zmęczony wyraz twarzy. Po 10 dniach stosowania okładów piszczańskich znaczna ulga podmiotowa, po 36 dniach chory chodzi swobodnie, nie doznaje żadnych dolegliwości.

W 2 innych przypadkach rwy kulszowej osiągnęliśmy również znakomitą poprawę.

3) Chory R. J., murarz, lat 57. Rozpoznanie: *Omarthritis chronica ankylopoetica*. Zgłasza się do szpitala z powodu trwającej od roku bolesności prawej kończyny górnej. Natężenie bolu przed

6—8 tygodniami wzmogło się do tego stopnia, że uniemożliwiło choremu pracę. Przedmiotowo stwierdza się znaczne ograniczenie ruchów w prawym stawie barkowym. Po zastosowaniu 20 okładów bole ustąpiły prawie zupełnie, ruchy zaś w stawie barkowym stały się znacznie rozleglejsze. Chory pomimo niedokończonej kuracji wypisał się, uważając się za wyleczonego i zdolnego do pracy.

4) Chory C. A., poseł na Sejm, lat 33. Rozp.: zmiany wytwórcze stawów kręgosłupa o niedającem się stwierdzić pochodzeniu. Od 2—3 lat silne bole międzyżebrowe i utrudnienie ruchów w części grzbietowej kręgosłupa. Po zastosowaniu okładów piszczańskich nieznaczna ulga. Dla przeprowadzenia energiczniejszej kuracji choremu poradzono wyjazd do Piszczan.

5) B. D., lat 70, służąca. Rozp.: *Arthritis chronica senilis*. Od roku skarży się na uporczywe bole w okolicy karkowej i krzyżowej oraz w prawym stawie ramieniowym, w którym stwierdza się przy ruchach trzeszczenie. Zastosowane okłady piszczańskie po 3 tygodniach sprawiły chorej znaczną ulgę.

Przypadków podobnych, w których przy znacznych skargach podmiotowych nie można było stwierdzić wyraźnych zmian objektywnych spostrzegaliśmy 3 i we wszystkich okłady piszczańskie spełniły swoje zadanie.

Cztery ostatnie przypadki dotyczyły chorych dotkniętych zniekształcającem zapaleniem stawów, z dość daleko posuniętemi zmianami. Chorzy byli leczeni atofanem, salicylem, zastrzykami mleka, siarki, atofanylu, peptonu, surowicy końskiej, krwi ludzkiej. Po zastrzykach albo nie było poprawy, albo była bardzo przelotna. Zastosowane okłady piszczańskie po upływie miesiąca znacznie złagodziły cierpienia chorych oraz powiększyły nieco stopień ruchomości zniekształconych stawów. Według słów jednego z chorych, z pośród tak licznie stosowanych mu kolejno leków, najbardziej mu pomogły okłady piszczańskie.

Na podstawie spostrzegania powyżej przytoczonych 20 przypadków uważamy stosowanie mułu piszczańskiego w przewlekłych cierpieniach narządu ruchu za wielce korzystną metodę leczenia.

Piśmiennictwo:

Dr. Watraszewski: Zur Frage rationeller therapeutischer Verwertung der Pistyaner Schwefelthermen. 1924. — Prof. Mladejowsky: Piszczańskie kuracje z punktu widzenia balneoterapeutycznego. Prakticky lekar 1924 (polsk. odbitka). — Dr. Schmidt and Dr. Weisz: Hyperthemal Local Mud Baths. Archives of Medical Hydrology. 1923.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Doc. Dr. T. JANISZEWSKI b. Minister Zdrowia Publ.

Ekspose premjera Prof. Dr. K. Bartla, a sprawy zdrowia publicznego [1]).

Rządowi naszemu należy się szacunek, który powinien mu okazywać każdy lojalny obywatel państwa. Mnie jednak obowiązuje względem obecnego rządu nie tylko uczucie głębokiego szacunku, ale mam dla tego rzadu jeszcze gorącą sympatję. Od chwili bowiem osiedlenia się mojego w Małopolsce t. j. od roku 1896, walczę o moralną sanację naszej administracji.

Gmina, jako najprostsza jednostka administracyjna jest dla wielu jedyną, a zawsze prawie pierwszą szkołą życia publicznego, w której obywatel dowiaduje się, że obok obowiązków rodzinnych istnieją jeszcze inne, szersze obowiązki względem współobywateli i państwa. Gmina, można powiedzieć, jest szkołą obywatelstwa państwowego. Jaką zatem jest ta gmina, takich wychowuje obywateli. Jest obowiązkiem każdego inteligentnego człowieka, któremu dobro państwa leży na sercu, dbanie o to, by w gminie, do której należy, interes i dobro publiczne przeważało zawsze nad prywatą i interesem partyjnym, by administracja gminna dawała przykład sumiennego spełniała obowiązków, należytej inicjatywy, by wykorzenić z gminy, o ile możności, nadużycia i zło. Byłem zawsze zdania, którego słuszność występuje obecnie jasno, że *prawdziwe i stałe odrodzenie naszej ojczyzny, stworzenie lepszych stosunków politycznych, społecznych, ekonomicznych i zdrowotnych w państwie zależy przedewszystkiem od poprawy i uporządkowania stosunków i gospodarki naszych gmin wiejskich i miejskich, oraz przez wychowanie innych ludzi, innych obywateli.*

Gdy na czele gminy stają i wybijają się na przodujące stanowiska nie najlepsze, nie najrozumniejsze, nie najuczciwsze i nie najpracowitsze jednostki, lecz ludzie jedynie sprytni, pozbawieni skrupułów moralnych, nie mający żadnych ideałów, dbający tylko o własny interes, albo o interes swojej partji i swoich zwolenników, lub jeżeli dzięki t. zw. kluczowi partyjnemu dostają się na naczelne stanowiska w gminie ludzie niezdolni i gdy takiemu stanowi rzeczy nikt nie przeciwdziała, to stopniowo utrwala się w umysłach obywateli ujemny ideał obywatela — gmina wtedy wychowuje złych obywateli.

Kto jak — ja, poznał dokładnie w praktyce życie małej i wielkiej gminy, kto zna uprawnienia i środki działania, któremi rozporządzać może, kto zna tak gruntownie naszą administrację gminną, ten wie doskonale, jaki dodatni wychowawczy wpływ mogłaby ona wywierać na obywateli. Ten swój pogląd wyznawałem nie tylko teoretycznie, wypowiadając go w swoich pracach, ale starałem się przedewszystkiem przeprowadzać go w praktyce, co jest rzeczą znacznie trudniejszą, niż pisanie obszernych rozpraw na ten temat. O te zasady walczyłem nie bez pewnego powodzenia, ale bez wszelkiego poparcia i zrozumienia ze strony miarodajnych czynników, przez całe życie, na wszystkich stanowiskach, jakie zajmowałem w Zakopanem [2]), w Warszawie i w Krakowie i to do ostatnich czasów, dopóki nie uniemożliwiono mi ostatecznie dalszej pracy w tym kierunku, nawet na tem skromnem mojem stanowisku lekarskiem w Krakowie.

Zrozumiałą tedy jest rzeczą, że gdy zjawił się rząd, który na czele swego programu postawił hasło sanacji moralnej i pracy, to z góry zyskać musiał moją gorącą sympatję i przychylność tych wszystkich, którzy może tylko więcej intuicyjnie odczuwali potrzebę sanacji.

Otóż zachodzi teraz pytanie, czy ze względu na należny rządowi szacunek, a z drugiej strony ze względu na sympatję, jaką się względem niego odczuwa, wolno jest krytykować jego program i działalność? Na to pytanie należy zdaniem mojem, odpowiedzieć twierdząco.

Zastrzedz się jednak należy, że podstawą krytyki będzie dobra wola, chęć służenia sprawie publicznej i państwu, a nie osobom lub partjom, że ta krytyka nie będzie się kierowała osobistą animozją lub demagogją, w końcu, że krytyka tyczyć się będzie nie drobiazgów, lecz spraw ważnych, zasadniczych. W rzeczach ważnych zasadniczych należy postępować tak, jakby postępował prawdziwy przyjaciel, należy lojalnie wytknąć rządowi błąd i wskazać zaś zaniedbania. Taka krytyka jest nietylko dozwolona, ale wprost konieczna, a dla rządu pożyteczna.

Pan premjer w swojem exposé z 19 lipca 1926 r. mówił prawie o wszystkiem, nie było prawie żadnej dziedziny życia państwowego, którejby nie dotknął, tylko o zdrowiu nie wspomniał ani słowem. Nawet wzmianka o wydajności pracy nie nasunęła p. premjerowi myśli, że stoi ona w dosyć ścisłym związku ze zdrowiem pracownika.

Ponieważ nie przypisuję obecnemu rządowi złej woli, wątpię też, aby tę ważną sprawę pozostawił dla przetargów politycznych, ponieważ ten rząd nie potrzebuje krępować się względami demagogicznemi, jak poprzednie rządy, które albo bardzo pobieżnie, albo wcale nie poruszały spraw zdrowia, jako spraw niepopularnych w państwie, przeto takie zupełne pominięcie milczeniem przez p. premjera w pierwszej swojej programowej mowie spraw zdrowotnych, należy uważać jako objaw charakterystyczny dla naszych stosunków, jako jeszcze jeden dowód więcej, że rząd, który jest niejako emanacją społeczeństwa, z którego powstał, podobnie jak i większość tego społeczeństwa, nie zdaje sobie dostatecznie sprawy z wielkiego znaczenia życia i zdrowia obywateli dla przyszłości państwa.

Że tak jest, postaram się przytoczyć na dowód cały szereg faktów.

Jeżeli się przegląda naszą prasę jakichkolwiek odcieni, to uderza w niej powódź wyrażeń zaczerpniętych z medycyny, a specjalnie z higjeny. Wystarczy wziąć do ręki jakiekolwiek czasopismo żeby się spotkać w każdym niemal większym artykule z takiemi wyrażeniami jak: uzdrowienie, terapja, diagnoza, kuracja, pacjent, leczenie, leczenie zapobiegawcze, wzmocnienie nerwów, skrzepienie organizmu, operacja, operacja radykalna, trucizna, chory, zdrowy i t. p. Wyrażenia powyżej przytoczone w tych artykułach nie odnoszą się jednak bynajmniej do człowieka, ale do takich spraw jak waluta, stosunki gospodarcze, rolnictwo, handel i t. d.

Sądząc z tych zewnętrznych oznak możnaby przypuścić, że nasze społeczeństwo tak sobie już przyswoiło poglądy lekarskie, a specjalnie higjeniczne, że terminologji lekarskiej używa do określenia i wyjaśnienia innych pojęć, z któremi jest mniej obyte.

Zdarzyło się nawet kilka razy, że i poprzedni p. Minister, a niedawno temu i obecny p. Minister spraw zagranicznych, mówiąc o naszych uprawnieniach i starając się umotywować ich słuszność wobec zagranicy powoływali się na fakt, że jesteśmy państwem o 30-to miljonowej ludności. Z tego należałoby wyciągnąć wniosek, że ilość ludności jest jakimś czynnikiem poważnym, czemś dodatniem i wartościowem, z czem liczy się zagranica, że ilość lud-

---

[1]) Rząd Pracy. Ekspose premjera Prof. Dr. Bartla wygłoszone w Sejmie dnia 19 lipca 1926 r. Warszawa. Drukarnia państwowa 1926 r.

[2]) S. Witkiewicz: Bagno i Roczniki „Przeglądu Zakopiańskiego".

ności ma dla naszego państwa wielkie znaczenie. Myliłby się jednak ten, ktoby z powyżej opisanych objawów chciał sądzić o tkwiącem w naszem społeczeństwie i w umysłach naszych władz świadomego poczucia zrozumienia znaczenia życia i zdrowia obywateli dla państwa.

Korzystają ze słownictwa lekarskiego właśnie najczęściej ci, którzy okazują najwyższe lekceważenie dla spraw zdrowia, a wspomnienie o mydle i wodzie uważają niemal za osobistą prowokację, używają zaś tych wyrażeń, lekarskich dla wygody, nie chcąc wysilać się na nowe określenia.

Czy potrzeba bardziej przekonującego dowodu, że nasz rząd i większość społeczeństwa nie zdają sobie dostatecznie sprawy ze znaczenia życia i zdrowia obywateli dla państwa, jak to, że p. premjer w swej programowej mowie mógł przejść do porządku dziennego nad wstrząsającym do głębi faktem, że *w przeciągu 8-mio letniego istnienia odrodzonego państwa polskiego zmarło w Polsce na samą tylko gruźlicę przeszło pół miljona ludzi t. j. więcej aniżeli ich zginęło podczas całej wielkiej wojny*. I proszę zestawić tę obojętność rządu na taki fakt z błędnem, ze stanowiska administracji sanitarnej, rozporządzeniem rządowem, nakazującem zamknięcie szkół na dwa tygodnie i opóźniającem rozpoczęcie nauki *w całem państwie*, z powodu epidemji szkarlatyny w dwóch miastach, w Warszawie i Lwowie, oraz nieco wzmożonej ilości zachorowań na tę chorobę w paru miejscowościach w państwie. Czy to nie dowodzi także tego, że w naszej administracji sanitarnej nie wszystko jest w porządku, że brak tam programu działania?

Temu, że żaden z posłów i senatorów l e k a r z y nie zainterpelował p. premjera w sprawach zdrowotnych, temu się chyba nikt w państwie dziwić nie będzie. Jeżeli posłowie i senatorowie lekarze nie tylko nie bronili należycie istnienia jednego z najpotrzebniejszych u nas w Polsce, ze względu na niski stan kultury sanitarnej u nas Ministerstw — mianowicie Ministerstwa Zdrowia Publicznego, ale niektórzy z nich przemawiali nawet za jego zniesieniem, jeżeli nie tylko mogli w swoim czasie zgodzić się na utworzenie takiego dziwoląga administracyjnego, jakim był i jest naczelny komisarjat dla walki z epidemjami, ale dotąd jeszcze ten urząd tolerują i zgadzają się na postawienie na jego czele laika, jeżeli zgodzili się na takie rozproszenie spraw sanitarnych prawie po wszystkich ministerstwach, że uniemożliwiło to stworzenie jakiegoś jednolitego, oszczędnego, zgodnego z istotnemi naszemi potrzebami i naszą możnością finansową programu polityki sanitarnej w państwie, jeżeli zgodzili się na odjęcie pracy lekarskiej charakteru pracy społecznej i oddanie sprawy ubezpieczeń społecznych, jednej z najważniejszych spraw zdrowotnych dla państwa, na flukta polityki partyjnej, jeżeli ci lekarze posłowie i senatorowie nie wystąpili z żadną szerszą inicjatywą w sprawach zdrowia publicznego, to widocznem jest, że nie dorośli do swego zadania. Któż bowiem więcej niż lekarz jest powołany i ma obowiązek prowadzenia walki o zdrowie fizyczne i moralne narodu?

Ale nie bierność tych posłów i senatorów, ani obojętność i niechęć społeczeństwa dla spraw zdrowotnych, wynikająca z nieświadomości, nie może usprawidliwić pomijania spraw zdrowotnych przez rząd sanacji moralnej. Pan premjer powinienby był wspomnieć o zdrowiu, chociażby jedynie ze względów pedagogicznych, aby pomijając te sprawy jeszcze bardziej nie utwierdzać w społeczeństwie tak mało ceniącem zdrowie, tego mniemania, że zdrowie jest widocznie czynnikiem mało ważnym w życiu jednostki i państwa, skoro rząd nie uważa za potrzebne nawet wspominać o niem.

Według słów p. premjera rządzić znaczy *„brać odpowiedzialność nie za doktryny, ale za wypadki i za te właśnie rosnące z dnia na dzień zadania"* [3]).

Czy wielkiej śmiertelności w państwie, czy śmierci setek tysięcy ludzi z jednej tylko choroby p. premjer nie uważa za wypadek realny, czy zapobieganie temu nie jest zadaniem rosnącem z dnia na dzień, czy wspomnienie o tem jest może doktrynerstwem? Czy może rząd nie bierze odpowiedzialności za stosunki zdrowotne w państwie? Ale rządzić to mojem zdaniem, także przewidywać i znać ludzi, a może nie przesadzę, gdy powiem rządzić to przedewszystkiem przewidywać. Otóż brak dbałości o jakość i ilość obywateli państwa, o ich zdrowie fizyczne i moralne dowodzi braku przewidywania, to krzywda wyrządzona przyszłości naszego państwa.

Wiele błędów popełnionych w tym kierunku w przeciągu ostatnich 8-miu lat nie da się już naprawić, wiele z nich może z czasem ulec naprawie byleby rząd zechciał zrozumieć, że zdrowie ludności ma p i e r w s z o r z ę d n e znaczenie dla państwa.

Pojęcie idei państwowej nie jest u nas jeszcze ustalone. Jestto dotąd hasło niewypełnione treścią zaczerpniętą z własnych naszych przeżyć państwowych i z istotnych realnych potrzeb nowożytnego państwa. Na pojęcie idei państwowej składa się u nas dużo czynników, niektóre z nich sięgają swojem pochodzeniem w daleką przeszłość, niektóre są wytworem czasów obecnych. Kilkakrotnie podnosiłem potrzebę i znaczenie rozbioru tego pojęcia na poszczególne czynniki. Nie czuję się powołanym do wykazywania wszystkich tych czynników, które składają się na pojęcie idei państwowej nowożytnej Polski. Na jeden jednak czynnik, jako lekarz miałem obowiązek zwrócić uwagę ogółu i czynników miarodajnych i uczyniłem to już kilkakrotnie [4]). Twierdzę, *że jednym z najważniejszych czynników każdej idei państwowej, a szczególniej polskiej idei państwowej jest dbałość państwa (rządu) i społeczeństwa o życie i zdrowie fizyczne i moralne obywateli, o ich ilość i jakość*. Jak już kilkakrotnie o tem pisałem, na tej naszej ukochanej polskiej ziemi może istnieć najlepsza waluta, mogą być zrównoważone wszystkie budżety, może kwitnąć i wspaniale rozwijać się przemysł, handel, rolnictwo, nauka i sztuka, ale jeżeli nie stanie na niej obywateli Polaków, to nie będzie tu i państwa polskiego. Rząd zatem, który zupełnie ignoruje ten kardynalny czynnik nie spełnia jednego z najważniejszych swoich obowiązków i ponosi wielką odpowiedzialność wobec przyszłych pokoleń i przyszłości państwa.

I rzeczywiście każdy, kto głębiej wnika w przyczyny rozwoju państw, ich potęgi i wpływów musi czynnikowi populacyjnemu przyznać wielkie znaczenie [5]). Ale takie przekonanie pociągać musi za sobą konsekwencje. Jeżeli rząd, a przynajmniej jeden z jego członków p. Minister spraw zagranicznych przyznaje, że ilość ludności odgrywa dla państwa ważną rolę w życiu politycznem i widocznie często decydować może o powodzeniu w międzynarodowych przetargach, to nie wolno lekceważyć żadnej okoliczności, która mogłaby wpływać bądź dodatnio, bądź ujemnie na ten czynnik. Rozumiem jeszcze, że można mieć pod tym względem różne zdania. Rozumiem, że można n. p. utrzymywać, że dla Polski korzystniejszą rzeczą jest mniejsza ilość ludności i dlatego być za ograniczeniem rozrodczości lub może nawet za zwiększeniem lub niezwalczaniem wysokiej śmiertelności u nas, co ja uważam za czysto teoretyczne stanowisko, szkodliwe i samobójcze w obecnych stosunkach dla naszego państwa, rozumiem też, że można być wprost przeciwnego zdania mianowicie, że ilościowa polityka populacyjna nie tylko w obecnych warunkach, ale i przez dłuższy czas, jeszcze posiada dla naszego państwa wielkie znaczenie. Rozumiem zatem, że można mieć różne zdania w tej sprawie, *ale nie wolno wcale tej sprawy nie brać na uwagę*. Nasi Ministrowie używają zagranicą argumentów zupełnie nowoczesnych i przywiązują wagę do ilości ludności, wróciwszy jednak do kraju, nie uważają nawet za stosowne zwrócenia uwagi na wzmocnienie tego atutu, który okazuje się cennym przy międzynarodowych przetargach.

Ilość ludności w danem państwie jest rezultatem działania takich czynników, jak rozrodczość, śmiertelność, po części emigracja i immigracja. Najważniejszym z tych czynników jest rozrodczość. Wiemy obecnie, że na zmniejszanie się rozrodczości, co zauważyć się daje we wszystkich państwach europejskich, na Zachodzie w znacznie wyższym stopniu niż na Wschodzie, wpływają głównie względy natury psychicznej, że ruch neo-maltuzjanistyczny rozwija się pod wpływem pewnych nastrojów, wywołanych przyczynami ekonomicznemi, społecznemi i towarzyskiemi. Ale wywoływanie, stwarzanie tych nastrojów, względnie przeciwdziałanie ich powstawaniu leży do pewnego stopnia w naszych rękach. Jeżeli chodzi o wpływ rządu na tę sprawę, to nie wolno zapominać o tem, że każda ustawa, każde rozporządzenie, każde zaniedbanie wydania potrzebnej jakiejś ustawy może przyczynić się do powstania wyżej wspomnianego nastroju, względnie przeszkodzić jego powstaniu. I tak reforma rolna stoi w ścisłym związku z polityką populacyjną tak ilościową jak i jakościową, a to ze względu na wpływ, jaki wywrze na rozmieszczenie naszej ludności w państwie, na utrzymanie znaczniejszych ilości ludności przy roli. Wiemy bowiem, że najobfitszem i najlepszem źródłem odradzania się naszego narodu jest wieś [6]). Ustawy pensyjne, nieuwzględniające dodatków na żonę i dzieci, mogą też w pewnym stopniu przyczynić się do powstawania poglądów neo-maltuzjanistycznych. Wpływ na politykę populacyjną mogą wywierać ustawy podatkowe, przewidujące ulgi podatkowe dla rodzin obarczonych licznem, zdrowem, odchowanem potomstwem, prawo małżeńskie, sprawa mieszkaniowa, rozporządzenia regulujące zawieranie małżeństw przez urzędników lub wojskowych, statuty kooperatyw o ile nie odróżniają praw członków żonatych i dzietnych od praw bezdzietnych członków, polityka celna, wysokość ceł i nakładanie ich na przedmioty niezbędne, odpowiednia

---

[3]) L. c. str. 16.

[4]) J a n i s z e w s k i T o m a s z Dr. Doc.: „O znaczeniu zdrowia". Odbitka ze „Zdrowia" 1924.

[5]) J a n i s z e w s k i T o m a s z Dr. Doc. Jakie znaczenie ma nasza ilość i nasza jakość? Wychowanie fizyczne. Rocznik III. Zeszyty 1—6 i 7—9. 1922.

[6]) J a n i s z e w s k i T o m a s z Dr. Doc.: Do czego dążyć powinien ruch ludowy? (Próba ideologji ruchu ludowego). VI. Wydawnictwo Komitetu odbudowy wsi i miast w Krakowie. Kraków, 1923 r.

opieka nad pracą, ubezpieczenia społeczne, szczególniej co do opieki i pomocy zapewnionej kobietom ciężarnym itd. Mógłbym przytoczyć jeszcze więcej przykładów. Dodam jedynie jeszcze uwagę, że niektóre sprawy ekonomiczne jednostronnie t. j. jedynie z punktu widzenia finansów państwa załatwiane mogą bezpośrednio odbić się na zdrowiu i stać się powodem wystąpienia pewnych chorób wśród ludności. Jako przykład podam, że w Danji okulista Blegvad dowiódł, że występowanie częste xerophtalmji, stoi w związku z brakiem witaminy „A", że nadmierny wywóz produktów mlecznych za granicę i pozbawienie wskutek tego mieszkańców dostatecznej ilości witaminy „A" był nie tylko powodem częstszego występowania xerophtalmji, ale także mniejszej odporności na inne choroby.

Widzimy też wszyscy jak szkodliwą dla państwa była ustawa o monopolu spirytusowym i w związku z tem niestosowanie uchwalonej w 1922 r. ustawy o ograniczeniach w sprzedaży napojów alkoholowych. Jakie szkody poniosło państwo przez zaprzepaszczenie energicznie i celowo rozpoczętej w 1919 r. przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego sprawy mieszkaniowej.

Większość państw budowała energicznie domy podczas największej inflancji oraz spadku waluty i dobrze na tem wyszła.

I brak pewnych ustaw może się niekorzystnie odbić na życiu ludności. Zaczynamy rozumieć brak ustawy o zwalczaniu gruźlicy, o świadectwach zdrowia przy zawieraniu związków małżeńskich, o prowadzeniu rodzinnych arkuszy biograficznych. Ile szkody wyrządziło już państwu wydanie szeregu ustaw, ułożonych nieodpowiednio bez uwzględniania wymogów zdrowia ludności!

Nie uwzględnia się też u nas nawet wśród sfer najpoważniejszych wpływu samego człowieka na bieg życia społecznego, ekonomicznego i politycznego [7]). Życie (a więc nie jakieś „doktryny") wskazuje wyraźnie na to, że sprawami ekonomicznemi, społecznemi, a może i politycznemi rządzą wprawdzie pewne prawa, prawa te zaczynają działać, gdy powstaną odpowiednie po temu warunki, stworzenie jednak tych warunków leży często w rękach ludzkich i ludzie, szczególnie gdy są odpowiednio zorganizowani, mogą spowodować lub przyczynić się do powstania takich stosunków, które konsekwentnie prowadzić muszą na podstawie tych praw do pewnych skutków, dających się z góry przewidzieć. Jeżeli będziemy mieli do czynienia z ludźmi złej woli, szukającymi jedynie własnych korzyści a posiadającymi wpływy, to mogą oni niedopuścić do stworzenia korzystnych dla państwa warunków. O tej prawdzie widocznej i przed wojną pouczyć nas były powinny szczególniej jeszcze lepiej stosunki wojenne i powojenne, historja naszej waluty i naszego życia gospodarczego. Wszyscyśmy już wiedzieli, pouczeni przez naszych specjalistów-fachowców, co należy zrobić, aby przeciwdziałać spadkowi waluty, co robić by polepszyć nasze położenie ekonomiczne, a jednak nie można było przeprowadzić pożądanych reform dopóki nie złamano przez udzielone p. Prezydentowi Rzeczypospolitej pełnomocnictwo, oporu ludzi, którym z powodu znakomitych interesów jakie robili, zależało na utrzymaniu spadku naszej waluty. Ilość i jakość obywateli wpływa wybitnie na stan stosunków w państwie, a poprawa stosunków ekonomicznych, społecznych i politycznych zależy od poprawy fizycznej i moralnej ludzi. Wpływ zaś człowieka na te stosunki może być tembardziej dodatni, im człowiek ten jest fizycznie i moralnie zdrowszy.

Nieuwzględnienie faktu wpływu człowieka na stosunki kulturalne było także po części, powodem naszych błędów i niepowodzeń.

A powstanie obecnego rządu sanacji moralnej, czyż nie opiera się na tych właśnie motywach t. j. na konieczności poprawy samych ludzi, co ściśle łączy się ze zdrowiem fizycznem?

Rząd obecny postawił sobie za cel sanację moralną naszych stosunków, której nie można przeprowadzić bez zmiany samych ludzi tak pod względem moralnym jak i fizycznym, a jednak jak mało ten rząd troszczy się o poprawę człowieka.

Jeżeli chodzi o ilość i jakość ludności, o jej stan zdrowia fizycznego i moralnego, to należy sobie zadać pytanie, kto bardziej powołany jest do zajęcia się samym człowiekiem, jego zdrowiem, troską o utrzymanie i krzepienie jego tężyzny fizycznej i moralnej jak lekarz? Czy zatem w tak poważnem gronie, jakie stanowi Rada Ministrów, gdzie rozmaite działy życia państwowego mają swoich, przedstawicieli i obrońców także i człowiek jako taki, jego życie i zdrowie nie powinny mieć swego obrońcy i przedstawiciela? Bo komuż poruczyć tę opiekę nad człowiekiem, czy może p. Ministrowi rolnictwa, aby ją sprawował dodatkowo obok opieki nad hodowlą bydła, czy może p. Ministrowi Opieki Społecznej, bo opieka społeczna to w $^9/_{10}$ opieka nad życiem i zdrowiem człowieka, a p. Minister tego resortu jest w sprawach zdrowia i higjeny laikiem, lub może p. Ministrowi spraw wewnętrznych, któryby te sprawy rozstrzygał ze stanowiska politycznego? Przestańmy szydzić ze siebie: wszyscy bez wyjątku powinniśmy mieć tyle poczucia godności własnej, tyle szacunku dla siebie samych, dla naszej istoty ludzkiej, żeby zrozumieć konieczność obrony naszego życia i zdrowia przez lekarza fachowca. Jakkolwiek każdy lekarz jest, lub powinien być nie tylko gorącym zwolennikiem ale i energicznym szermierzem idei poprawy stosunków zdrowotnych w państwie, to jednak nigdy by się nie odważył na taką jednostronność, aby wszystkie sprawy państwowe oceniać i decydować o nich wyłącznie i bezwzględnie z punktu widzenia interesów zdrowia, gdy tymczasem nasze czynniki miarodajne rozstrzygają najważniejsze zadania państwowe *jednostronnie, z zupełnem pominięciem względów zdrowotnych*.

Obecność lekarza w Radzie Ministrów bynajmniej nie oznaczałaby tego, że wszystkie sprawy miałyby być rozpatrywane i rozstrzygane wyłącznie z punktu widzenia zdrowotności, ale że każda sprawa poruszana na Radzie byłaby oświetlona także z punktu widzenia interesów zdrowia, byłaby zatem rozważaną wszechstronniej i łatwiej byłoby uniknąć decyzyj jednostronnych, a przez to często szkodliwych dla państwa.

Komu na sercu leży poważna praca, kto pomimo trudnych, czasem nawet rozpaczliwych naszych stosunków wewnętrznych wierzy w pomyślną przyszłość i rozwój Polski, kto wierzy w owocną współpracę Polski z innemi państwami na polu pokoju i postępu ludzkości, ten będzie się starał pracować nie dorywczo, dla chwilowego powodzenia, ten w życiu politycznem nie będzie się jedynie prześlizgiwał z dnia na dzień wśród piętrzących się trudności, lecz każdą sprawę zgłębi, nie cofnie się przed trudnościami, będzie pracował bez chorobliwego pośpiechu, nie będzie wrogo patrzał, na nowego pracownika w składzie Rady Ministrów nie będzie się obawiał, że ta Rada będzie ciałem zbyt ciężkiem, ale raczej wykorzysta nowy punkt widzenia z jakiego sprawy będą jeszcze oświetlane, zda sobie sprawę z tego, że ten nowy czynnik, — motywy zdrowia pomóc mogą rządowi w niejednem trudnem położeniu i uzna słuszność danych, przemawiających za utworzeniem naczelnego urzędu administracji sanitarnej z lekarzem na czele, wyposażonego w te same prawa, jakie posiadają inne naczelne urzędy w administracji państwowej.

Komu nie wystarcza jeszcze to, co powyżej wyłuszczyłem, aby przekonać się, że dotychczasowe rządy począwszy od końca 1919 r. nie zdawały sobie sprawy z głębokiego znaczenia zdrowia i życia obywateli dla państwa i nie odczuwały potrzeby stworzenia jakiegoś racjonalnego, zastosowanego do naszych stosunków, i finansów programu polityki sanitarnej państwowej, temu przytoczę na potwierdzenie mego zdania jeszcze następujące dowody.

O lekceważeniu spraw zdrowia świadczy zniesienie Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Zniesienie tego ministerstwa nie tylko *nie przyniosło państwu żadnej oszczędności*, jak to przyznają obecnie nawet przeciwnicy tej instytucji, ale drogo kosztowało nasze państwo. Rozproszenie spraw zdrowia po wszystkich prawie ministerstwach musi pochłaniać znacznie większe sumy, aniżeli wynosił budżet zniesionego ministerstwa, a uniemożliwia to zarazem stworzenie i prowadzenie jakiejś jednolitej i oszczędnej polityki sanitarnej w państwie. Ministerstwo Zdrowia Publicznego zostało zniesione jedynie ze względów partyjnych i demagogicznych; było to wielkim błędem i wielką krzywdą dla państwa, a zniesienie tego ministerstwa miało u nas, gdzie kultura sanitarna tak nisko stoi jeszcze ten fatalny skutek, że oficjalne niejako stwierdzenie podrzędności spraw zdrowotnych, dla których nie warto utrzymywać osobnego urzędu, jeszcze bardziej utwierdziło w opinji publicznej mylne mniemanie, że o sprawy sanitarne, o sprawy zdrowia i życia ludzkiego niema potrzeby specjalnie się troszczyć.

Dowodem zupełnej obojętności rządu na sprawę naszej ilości i jakości może posłużyć fakt, że nie wiemy dotąd dokładnie, ilu państwo polskie posiada obywateli. Wiadomą jest rzeczą, że pierwszy spis ludności dokonany w 1921 r. był bardzo niedokładny, bo nie mogło być inaczej, przeto obowiązkiem rządu było przyspieszenie wstępnego spisu, a nie wyczekiwanie końca 10-cio letniego okresu dla przeprowadzenia następnego spisu ludności. Ale powiem więcej, nie wyzyskano dotąd t j. prawie do końca 1926 r. nawet tego niedokładnego materjału, jaki nam dał pierwszy spis. Dotąd nie posiadamy obliczeń tyczących się ilości ludności według okresów wieku. Nie wystarczy wiadomość, że nas jest około 30-tu miljonów, ale musimy wiedzieć, ilu posiadamy obywateli w pewnych okresach wieku. Jeżeli dwa państwa posiadają jednakową ilość ludności nie znaczy to jeszcze, iż mają jednakową ludność, bo w jednem z tych państw może ludność grupować się w ten sposób, że największa jej ilość mieści się w okresie wieku zarobkowego, w drugiem może przeważać ludność w wieku młodocianym lub starczym. Te różnice nie są bez znaczenia dla państwa.

Dla Ministerstwa spraw wojskowych może mieć znaczenie wiadomość, ilu przy spisie okazało się ludzi w wieku poborowym.

---

[7]) Janiszewski Tomasz Dr. Doc.: „Traktat Wersalski, a sprawa zdrowia publicznego". „Zdrowie" Rok XXXVII, 1922, Nr. 12. To samo po angielsku i francusku w International Journal of Public Health Vol. II. Nr. 2. 1921.

Te braki statystyki odbijają się ujemnie także na statystyce sanitarnej; nie możemy n. p. określić, w jakich kategorjach wieku najwięcej umiera ludzi z powodu danej choroby. Nie można u nas opracować żadnej statystyki lekarskiej państwowej, bo niema dokładnego materjału, lub brak wszelkich danych, nie można też z tego powodu przeprowadzić żadnego ścisłego porównania z liczbami podawanemi przez statystyki innych państw.

Nikogo też ze sfer miarodajnych nie interesuje pytanie, jak pod względem jakościowym przedstawia się nasza ludność. Nie mamy dotąd uregulowanego systemu zbierania w całem państwie statystyki śmierci według przyczyn śmierci.

Weźmy do ręki sprawozdanie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej w roku 1924 [8]). Nie daje nam ono wcale pojęcia o istotnym stanie zdrowotności w państwie. Z tego sprawozdania nie możemy się nawet dowiedzieć, ilu ludzi umiera u nas w państwie i ilu się rodzi. Napróżno też doszukiwałby się ktoś jakiegoś programu działania. Jestto raczej rejestracja, bardzo zresztą potrzebna, rozmaitych urządzeń państwowych i sprawozdanie z ich działalności, a nie sprawozdanie o polityce sanitarnej państwa. Sprawozdanie to zawiera liczby bądź czerpane bezpośrednio, bądź zapożyczone z innych ministerstw lub urzędów. Liczby te są o tyle ważne, że nieraz przedstawiają dla przeciętnego człowieka jedyne źródło wiadomości. Liczby, jednak tyczące się gruźlicy są zupełnie fantastyczne. Pomijając widoczne przeoczenie, bo według podanych liczb umiera w Polsce na gruźlicę więcej osób, aniżeli ich zachorowuje na tę chorobę, to liczby, przedstawiające ilość zmarłych na gruźlicę są niewiarygodne i ta okoliczność podrywa zaufanie do reszty liczb. Sprawozdanie to nawet jako sprawozdanie powiatowe nie byłoby wystarczającem, tembardziej nie odpowiada wymogom stawianym w sprawozdaniu państwowemu.

O ile wyżej stoją sprawozdania wydawane przez miasto Warszawę lub Łódź.

To sprawozdanie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych jest typowem sprawozdaniem policyjno-sanitarnem. Z góry należy zaznaczyć, że niemożna tu w niczem winić Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, nie mogła ona wydać innego sprawozdania przy obecnym ustroju administracji sanitarnej i przy pozbawieniu lekarzy decydującego wpływu na politykę zdrowotną państwa.

Niedocenianie znaczenia zdrowia dla państwa odzwierciedla się także w naszej konstytucji marcowej. Wykazałem już dawniej[9]), jak pod tym względem dodatnio różnią się od naszej konstytucji nowsze ustawy konstytucyjne innych państw. Szczególniej konstytucja niemiecka w kilkunastu miejscach mówi o zdrowiu i życiu ludzkiem i ujmuje celowo oraz konsekwentnie politykę populacyjną.

Rozdział spraw sanitarnych od spraw opieki społecznej był także wielkim błędem, który się odbił ujemnie, dotąd ujemnie się odbija na administracji sanitarnej, a świadczył o nieporozumieniu istoty pracy higieniczno-społecznej [10]) i [11]).

Przytoczone fakta są niezbitemi dowodami, potwierdzającemi moje zdanie, że rządy nasze począwszy od końca 1919 roku niedoceniały znaczenia życia i zdrowia ludzkiego dla państwa i nie miały żadnego programu polityki sanitarnej.

Powyższe uwagi z powodu exposé p. premjera naszkicowane pobieżnie, dają jednocześnie pewne pojęcie o tem jakie powinnyby być wytyczne polityki sanitarnej państwowej i co stanowi treść tej polityki, która oczywiście różni się od dotychczasowych zarządzeń policyjno-sanitarnych. Kto sobie wyobraża, że cała polityka zdrowotna państwa ograniczać się może do wydawania zarządzeń policyjno-sanitarnych (które także są potrzebne), często wydawanych bez żadnego planu, okolicznościowo, bez wzajemnego związku, a najczęściej niewykonywanych, kto nie rozumie znaczenia zdrowia dla państwa i nowoczesnych zadań, ciążących na państwie w dziedzinie administracji sanitarnej, kto niema zrozumienia dla postulatów higjeny społecznej, *ten nie może zrozumieć* potrzeby istnienia osobnego naczelnego urzędu z lekarzem na czele, a wyposażonego w te same prawa, jakie posiadają inne naczelne władze administracyjne państwa.

Może ktoś zapytać się dlaczego tak uporczywie domagałem się i domagam się utworzenia takiego urzędu, dlaczego coraz większa ilość lekarzy, szczególniej stykających się z bliska z administracją sanitarną domaga się tego samego?

Otóż przedewszystkiem muszę zaznaczyć, że nie chodzi tu bynajmniej o upieranie się przy formie tej reorganizacji, ale chodzi o treść. Czy sprawy Opieki Społecznej i inne sprawy zdrowotne rozproszone po innych ministerstwach przyłączy się do obecnego urzędu spraw zdrowia i nazwie się taki urząd Ministerstwem Zdrowia Publicznego, czy też wszystkie sprawy zdrowotne przyłączy się do obecnego urzędu Opieki Społecznej i nazwie Ministerstwem Opieki Społecznej, czy wszystkie te sprawy umieści się jeszcze w jakiem innem Ministerstwie, to jakkolwiek każde rozstrzygnięcie w jakimś kierunku musi mieć swoje konsekwencje mniej lub więcej dodatnie lub ujemne, to jednak nie to stanowi o istocie sprawy. Główną, zasadniczą rzeczą jest połączenie Opieki Społecznej więc i ubezpieczeń społecznych na powrót ze sprawami zdrowia, jako spraw nierozłącznych, skupienie przynajmniej większości spraw sanitarnych, rozproszonych po rozmaitych Ministerstwach w jednym urzędzie, i postawienie na czele tego urzędu lekarza. Urząd taki musiałby mieć równe stanowisko z innemi naczelnemi urzędami administracji państwowej. A domagamy się tego, ponieważ brak takiego urzędu zanadto dał się we znaki przez zepchnięcie w państwie spraw zdrowotnych na ostatni plan, zmniejszenie się wpływu doświadczonych lekarzy fachowców na sprawy zdrowotne w państwie, zdegradowanie lekarzy do roli urzędników policyjno-sanitarnych, lub urzędników kas chorych. Dalej ponieważ sprawę oszczędności traktujemy nie jako puste hasło, którym żongluje się w miarę potrzeb kramarstwa partyjnego, lecz jako konieczność państwową, przeto nie możemy patrzeć obojętnie na to, ile traci rząd pieniędzy napróżno, wskutek rozproszenia spraw zdrowotnych w różnych urzędach, nieodpowiedniej organizacji urzędu i sztucznego rozdziału spraw opieki społecznej od spraw zdrowia. Obecny stan organizacji nie dozwala na stworzenie i przeprowadzenie żadnego racjonalnego i jednolitego programu gospodarki sanitarnej w państwie. W końcu należy podkreślić, że prowadzenie prawdziwej polityki sanitarnej państwowej, nie ograniczającej się wyłącznie do wydawania rozporządzeń policyjno-sanitarnych, jest możliwe tylko przez lekarza, posiadającego pełnię władzy na równi z innymi Ministrami i w pełni odpowiedzialnego za tę politykę.

To są argumenta rzeczowe dla każdego, cośkolwiek obeznanego z administracją państwową, jasne i niedopuszczające innego wniosku, jak wyrażonego w żądaniu lekarzy.

Ale praktycznie rzecz biorąc, sprawa tak się przedstawia:

Obecny anormalny i niekorzystny stan utrzymuje się tylko dzięki presji czynników partyjnych, wpływowi ich na dotychczasowe rządy, a mało energicznemu wystąpieniu lekarzy.

Jedna partja polityczna uważa opiekę społeczną więc i ubezpieczenia społeczne niejako za swoją własność, traktuje ją jako atut partyjny zwiększający jej wpływy i pozbyć się go nie chce. Wie ona doskonale jakie popełniła i popełnia błędy w organizacji ubezpieczeń społecznych czuje dobrze jakie szkody ponosi sama idea ubezpieczeń przez to, że kasom chorych nadano piętno partyjne, wie ona doskonale, że gdy sprawę tę jako czysto higieniczno-społeczną wezmą w ręce lekarze, znający się na rzeczy, a ożywieni duchem społecznym, to sama idea ubezpieczeń, jej rozwój i sami ubezpieczeni na tem tylko zyskają, ale pomimo tego wszystkiego tkwi ona, przynajmniej dotąd, na stanowisku wyłącznie partyjnem.

Z drugiej strony rząd nie może nierozumieć tego, że interes państwa, interes zdrowia publicznego wymaga tego, by całej sprawie odjąć charakter polityczno-partyjny co się może stać jedynie wtedy, gdy się ją odda w ręce lekarzy fachowców, którzy kierować się będą przedewszystkiem interesem zdrowia publicznego, dalej, że rząd nie może dopuścić do tego, aby rozporządzanie znacznemi funduszami, które w przyszłości posiadać będą ubezpieczenia społeczne, uchylało się z pod woli i kontroli rządu. Na tem tle odbywają się lub odbędą wzmagania. Rezultat tych wzmagań zależny jest z jednej strony od tego, czy interes publiczny, interes państwowy weźmie górę nad interesami partji, w co nie mamy podstawy z góry powątpiewać, a z drugiej strony zależeć będzie od siły i stanowczości rządu od tego, czy rząd dotrzyma swego przyrzeczenia wyrażonego w exposé p. premjera, słowa zamieni w czyn i niedopuści, aby *„rozwielmożniało się w aparacie państwowym partyjnictwo"*, które już tyle szkód wyrządziło państwu.

Stosunek do samorządów może być omawiany szczegółowo dopiero po ustaleniu organizacji władz centralnych.

Jak wielkie znaczenie przywiązuję do pracy samorządów widoczne już jest z początkowych moich wywodów podanych na początku tej pracy i ze wszystkich moich prac, ale głównie z całej mojej dotychczasowej działalności. Pierwszy też zwróciłem jeszcze 1915 r. uwagę na to, jak wielki był udział samorządu w działalności zdrowotnej w Małopolsce [12]). Jeżeli bowiem wziąć przeciętną z lat

[8]) M. S. W. Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia. Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucyj zdrowia publicznego w roku 1924. Warszawa, 1926.

[9]) Janiszewski Tomasz Dr. Doc.: Zagadnienia zdrowia publicznego, a konstytucja marcowa. Przegląd polityczny. Rok I. Tom I. Zeszt 13—14. Warszawa 1924.

[10]) Janiszewski Tomasz Dr. Doc.: Sprawy zdrowia publicznego wobec reformy administracji. Nr. 3 Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego 1926. Odbitka.

[11]) Janiszewski Tomasz Dr. Doc.: Połączenie spraw zdrowia ze sprawami opieki społecznej. Polska Gazeta Lekarska, Nr. 12. 1926.

[12]) Janiszewski Tomasz Dr. Doc.: Polskie Ministerstwo Zdrowia Publicznego. Kraków 1917.

1900, 1905, i 1910 wydatków wyłącznie na cele sanitarne to okazuje się, że rząd zaborczy wydawał przeciętnie na Małopolskę rocznie po 1,304.651 K. a kraj na te same cele 4,198.362 K., czyli, że wydatki rządu zaborczego stały do wydatków krajowych w stosunku jak 1:3,21.

Wyrazem tego jak sobie przedstawiam stosunek rządu do samorządów jest napisany przezemnie 1919 r. a wydany przez p. Naczelnika Państwa dekret „o zasadniczej ustawie sanitarnej", uchwalony później przez Sejm, jako ustawa z d. 19 lipca 1919 r. D. P. P. Nr. 63, poz. 371 w formie nieco gorszej niż dekret. Ujęcie tego wzajemnego stosunku okazało się trafnem i innem, zdaniem mojem, być nie powinno. W każdym razie musiałbym się oświadczyć przeciwko traktowaniu państwa jako jakiejś federacji wszystkich samodzielnych gmin, jak to sobie wyobrażają pewne niejasno rzecz ujmujące umysły. W Polsce przyczyniłoby się to tylko do powstania jeszcze większego chaosu, aniżeli już istniejący.

Na zakończenie przytoczę te uchwały, jakie zapadły jednogłośnie na Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie w 1925 r., na I-szym Zjeździe przeciwgruźliczym i na Zjeździe lekarzy i działaczy samorządowych, które odbyły się w Krakowie 1925 r., na Zjeździe higjenicznym odbytym w 1926 r. w Wilnie; i na tamże odbytym w tymże roku Zjeździe lekarzy i działaczy samorządowych, w końcu na ostatnim Zjeździe przeciwgruźliczym, odbytym w b. r. we Lwowie. Uchwały te, tyczące się spraw poruszonych przezemnie w niniejszej pracy, dają się streścić w następującem zasadniczem żądaniu.

Należy połączyć napowrót sprawy zdrowia publicznego ze sprawami t. z. opieki społecznej oraz skupić pewne rozproszone obecnie po rozmaitych ministerstwach sprawy sanitarne w jednym osobnym naczelnym urzędzie z lekarzem na czele, w urzędzie posiadającym te same prawa i stanowisko jakie posiadają inne naczelne urzędy administracji państwowej. Tego wymagają względy oszczędnościowe i konieczność stworzenia oraz prowadzenia jednolitej i konkretnej polityki sanitarnej państwowej *).

Żądań szczegółowych nasuwa się mnóstwo, pragnę wysunąć na pierwsze miejsce tylko dwa. Pierwszą i najpilniejszą potrzebą sanitarną w Polsce jest sprawa dostarczenia ludności miast, miasteczek i wsi, szczególniej w b. Królestwie, na Kresach i w Małopolsce, dobrej wody do picia i użytku domowego w dostatecznej ilości, oraz odpowiednie uregulowanie sprawy usuwania nieczystości i wód zużytych. Jak opłakanym jest stan naszego państwa pod tym względem, niech służą za dowód następujące dane: Małopolska

Nazwa Stanu	Gminy z ludnością: powyżej 2500 m. — Ilość wszystkich gmin	powyżej 2500 m. — Ilość gmin z wodociągami	powyżej 2500 m. — Ilość gmin z kanalizacją	1000 do 2000 m. — Ilość wszystkich gmin	1000 do 2000 m. — Ilość gmin z wodociągami	1000 do 2000 m. — Ilość gmin z kanalizacją	poniżej 1000 m. — Ilość wszystkich gmin	poniżej 1000 m. — Ilość gmin z wodociągami	poniżej 1000 m. — Ilość gmin z kanalizacją
Jawa . .	81	81	79	129	125	109	703	283	103
Kansas	62	62	59	82	78	48	381	103	17
Missouri	65	65	57	118	82	40	530	42	9
Illinois .	172	161	—	229	149	—	711	146	—

*) W chwili kiedy niniejszą pracę miałem wysłać do redakcji P. G. L. otrzymałem Nr. 39 tego pisma, zawierający memorjał Najwyższej Izby Lekarskiej w sprawie, którą właśnie poruszam. Nie mogę niewyrazić zadowolenia i uczucia pełnego zadość-uczynienia, których doznaję czytając ten memorjał. Przecież pewne zasady, które stawiałem i propagowałem czy to występując w sprawie konieczności utworzenia w Polsce Ministerstwa Zdrowia publ., czy stojąc na czele tego Ministerstwa w 1919 r., czy potem broniąc tego Ministerstwa przed zniesieniem, czy w końcu prowadząc akcję o polepszenie obecnej wadliwej organizacji spraw zdrowia, zostały przez przedstawicieli N. I. L. uznane. Mianowicie zgodzono się już na to, że polityka sanitarna państwowa to coś więcej niż wydawanie rozporządzeń policyjno-sanitarnych, że oddzielenie opieki społecznej a więc i ubezpieczeń społecznych od spraw zdrowia i rozpraszanie spraw zdrowotnych po rozmaitych Ministerstwach było błędem. To już wielki postęp. Naturalnie z wnioskami i niektóremi motywami jako trochę doświadczony w sprawach administracji sanitarnej zgodzić się nie mogę i uważam je za błędne. Ale do krytyki tego memorjału powrócę w innym czasie.

posiadała w roku 1924 około 17 miejscowości, mających wodociągi, b. zabór pruski — przeszło siedmdziesiąt (70), reszta państwa z a l e d w i e k i l k a, a stan studni po wsiach jest również opłakany. Dla porównania warto przytoczyć liczby, które dają pojęcie o stanie zaopatrzenia ludności w wodę i urządzeń w celu usuwania wód zużytych w niektórych środkowych stanach Ameryki północnej, w małych osadach i miastach **). Drugiem żądaniem jest przeprowadzenia następnego spisu ludności nie z końcem 1931 r. lecz z końcem roku 1927, oraz należyte uregulowanie sprawy zbierania statystyki ruchu ludności.

Tyle czułem się w obowiązku powiedzieć z powodu exposé p. premjera. Nie wątpię, iż nasze sfery miarodajne zechcą rozważyć poruszone przeze mnie sprawy i według możności żądania świata lekarskiego uwzględnić.

OCENY.

Dr. O r ł o w s k i: *Syfilis* (kiła, przymiot), przekład z niemieckiego, przystępne dla ogółu. Nakładem bibljoteki okręgowego związku kas chorych w Krakowie.

Tryper, tegoż autora tymże nakładem.

Dzieła popularne o chorobach wenerycznych, omawiające ich znaczenie społeczne, wczesne rozpoznawanie, konieczność ich leczenia i rokowanie, — są niewątpliwie bardzo pożądane. Coprawda poświęcają one zbyt wiele miejsca, jak i w tym wypadku, na często dowolne lub niezbyt ścisłe dowodzenia naukowe, z których ogół swym rozumem wyciąga najrozmaitsze wnioski.

W książce pierwszej znajdujemy szereg nieścisłości w rzeczach dotyczących kiły wrodzonej, znaczenie odczynu Wassermanna, zależności wiądu rdzenia od kiły, zakażeń pozapłciowych, niepotrzebne omawianie „głodówki" jako sposobu leczenia kiły, wreszcie paradoksalne zdanie, że większa część zakażonych ulega wyleczeniu już po upływie okresu drugorzędnego, ponieważ nie następuje u nich okres trzeciorzędny (str. 31). Również nieco dowolnie jest omówioną sprawa zawierania związku małżeńskiego przez osoby, które przebyły kiłę i sprawa zwyrodnienia następnych pokoleń.

Znacznie lepiej jest napisana książka druga, omawiająca rzeżączkę. Rzecz traktowana z punktu widzenia społecznego i praktycznego, leczenie podane tylko zasadniczo z wyraźnem zaznaczeniem, że w leczeniu rzeżączki winien się chory zdać w zupełności na lekarza specjalistę. I w tej książce znajdujemy szereg błędów, jak n. p. w opisie rzeżączki cewki u kobiet, w omawianiu znaczenia nieistniejących „surowic gonokokkowych" (autor miał zapewne na myśli szczepionki), oraz w niepraktycznym podaniu sposobów zapobiegających zakażeniu. I tak poleca autor wkraplać zapobiegawczo, lapis, który drażni niepotrzebnie błonę śluzową, zamiast polecić świeżo sporządzone rozczyny organicznych soli srebrowych. Pozatem nieco błędnym i niedokładnym jest podany przez autora sposób użycia prezerwatyw gumowych.

Obydwu więc dziełkom wiele można zarzucić, ale trzeba się spodziewać, że i one dopomogą w walce o zdrowotność publiczną, a w naszem ubogiem piśmiennictwie propagandowem w tym kierunku, wiele broszur zachęcających, choćby one tylko w części odpowiadały swemu powołaniu, zasługuje na rozpowszechnienie.

Dr. Reiss (Kraków).

Prof. Dr. E r i c h P l a t e: *Zaburzenia chodu, ich przyczyny i skutki (Störungen des Ganges, ihre Ursachen und Folgen).* Nakładca: Curt Kabitsch. Lipsk 1926.

Chód ludzki pozostaje w ścisłym związku z postawą stojącą i posiada mechanizm bardzo zawikłany. Prócz mięśni stopy i całej kończyny, biorą w nim udział mięśnie miednicy, utrzymujące staw biodrowy w napięciu, a miednicę w pozycji prostopadłej do osi długiej ciała z chwilą przenoszenia nogi wprzód, mięśnie tułowia, przenoszące punkt ciężkości na bok, a nawet mięśnie kończyn górnych. Jak od dobrego stanu wszystkich wymienionych części ciała, a równocześnie części składowych mechanizmu zależy elastyczny i dobry chód t. j. dający się wykonać kosztem. jak najmniejszej pracy mięśni, tak z drugiej strony zaburzenia w obrębie stopy odbijają się na wszystkich częściach składowych.

Sklepienia stopy powstają i są utrzymywane w pierwszej linji przez działanie mięśni. Ciężar ciała przenosi się przez kość skokową najsilniej na przyśrodkową część promienia pierwszego — palucha, która dlatego nie opada ku środkowi, ponieważ podtrzymuje ją ścięgno długiego zginacza palucha, prócz strzałkowego długiego i piszczelowego tylnego, które podtrzymują sklepienie stopy. Mięśnie przeciążone wydłużają się i ulegają zanikowi, potem rozciągają się więzadła stopy, a w końcu zniekształca sam szkielet. Przy-

**) Według Engineering News Record z 28 stycznia 1926 r. str. 153. Cytowane według „Gesundheits Ingenieur" Nr. 37. 1926 r.

czyną słabości mięśni są skrzywienia wyższych części szkieletu, najczęściej pochodzenia krzywiczego będące powodem, że dla utrzymania pozycji pionowej ciała potrzeba nadmiernej pracy mięśni i tak już w krzywicy słabszych i niedożywienie. Z chwilą powstania stopy płaskiej zanikają z powodu ucisku mieśnie stopy, oraz sklepienie poprzeczne przednie, a zyskują przewagę mięśnie prostujące stopę. Następstwem tego jest wytworzenie się sklepienia odwrotnego, palucha koślawego i palców młotkowatych. Chód staje się nieelastycznym i trudnym, odwijanie stopy wymaga zwiększonej pracy mięśni tułowia, gdyż punkt ciężkości musi być przerzucany w stronę przeciwną. Ta nadmierna praca mięśni wywołuje bole przypominające rwę kulszową. Osłabienie mięśni pociąga za sobą upośledzenie krążenia i powstanie żylaków ze wszystkiemi powikłaniami. Z czasem zmiany warunków statycznych, wywołane zmianami w szkielecie stopy pociągają za sobą schorzenie stawu kolanowego i biodrowego, o typie zapalenia zniekształconego. Stawy te prostują się niezupełnie, co wyłącza działanie więzadeł, a mięśnie zmusza do nadmiernej pracy. Jako dalsze następstwo powstają zmiany zniekształcające w stawach kręgosłupa.

Jak wielkie znaczenie dla rozwoju i wydolności ustroju posiada zdrowa stopa, świadczy wpływ zniekształceń stopy u Chinek: postawa, a szczególnie klatka piersiowa są niedorozwinięte, w przeciwieństwie do Chinek postępowych o zdrowych stopach i rozwiniętych prawidłowo.

Taką jest w krótkości treść 40-sto stronicowej broszurki Plata, ujmującej zagadnienie z jednego tylko punktu widzenia. Uwagi o mechanizmie powstawania i leczeniu stopy płaskiej, oparte na specjalnych badaniach i bogatem doświadczeniu autora czynią broszurkę bardzo pożyteczną.

Gruca (Lwów).

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny lekarskie, Rok XXXVIII, zeszyt 18 z 15 września 1926: M. Głowiński: Epizjotomja. — M. J. Andrószewski: Fosforany wapnia i magnu i ich wpływ na organizm ludzki. — R. J. Leszczyński: Badania kliniczne nad synergizmem niektórych narkotyków.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, Rok I, zeszyt 3 i 4, z 1 października 1926: Kasy chorych w r. 1924. (Wyniki statystyki urzędowej, opracowane przez Wydział ubezpieczeniowo-matematyczny Ministerstwa pracy i opieki społecznej).

Lekarz polski, Rok II. Nr. 10. z 1 października 1926: Przed wyborami do Rady Warszawskiej Kasy chorych. — Dr. Z. Garlicka: O projektowanej przysiędze w Sądach Izb lekarskich. — M. Goldman: O regulaminie „Kasy emerytalnej członków Lwowskiej Izby lekarskiej". — St. Halicki: W sprawie zwalczania jaglicy. — Grzywo-Dąbrowski: Wypadki samochodowe, a badanie lekarskie szoferów. — St. Czerwiński: Czy lekarza kasy chorych należy uważać za urzędnika w zrozumieniu cz. 4 art. 636 kod. kar. 1903 r. — B. Krakowski: Higjeniczno-lekarska opieka nad dzieckiem i młodzieżą. — Dr. Jan W— i Cui bono? — Inż. Z. Rudolf: Zagadnienia inżynierji sanitarnej.

Kwartalnik kliniczny Szpitala starozakonnych w Warszawie. Tom V, zeszyt III. z lipca 1926: M. Landsberg: W sprawie t. zw. wstrząsu hypoglikemicznego. — A. Bieleński: O leczeniu gruźliczych krwotoków płucnych. — J. Fliederbaum: Gruźlica płuc a układ nerwowy wegetacyjny. — J. Lichtenberg: O roli gruczołów dokrewnych w walce z zakażeniem, szczególnie w przebiegu gruźlicy płuc. — M. Szour: O leczeniu astmy oskrzelowej autoszczepionkami. — M. Orzech: O czynności wydzielniczej żołądka w gruźlicy płuc. — L. Lejzerowicz: Współczesny stan wiedzy o klasyfikacji gruźlicy płuc (zestawienie). — E. Pain: O chemoterapji gruźlicy (zestawienie); — J. Krakowski: B. p. Jan Braun (wspomnienie pozgonne).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Pathologica.

Nr. 417. 1926.

Prof. Bindo de Vecchi z Florencji. *Amebiasis chronica.* Podnosi częstość spotykanych przypadków tej choroby we Włoszech. Włoską amebiasis cechuje powolny, przewlekły przebieg, niekiedy nawet bez klinicznych objawów. Te ostatnie niedadzą się ściśle scharakteryzować. W obrazie klinicznym spotykamy częste biegunki z zaparciem stolca naprzemian. Zarazem przedstawia przypadek sekcyjny. Anatomicznie stwierdzono *Peritonitis purulenta diffusa, mesosigmoiditis,* natomiast w jelicie grubem liczne owrzodzenia, a to zwłaszcza w okolicy coecum jakoteż w zgieciach watrobowem i śledzionowem. Przebieg tej amebiasis w postaci ostrej na wzór czerwonki epidemicznej należy we Włoszech do rzadkości.

G. Vercellana (Parma): *O wartości pożywek dla wyosobnienia prątka Kocha.* Zaleca posługiwanie się pożywkami Petrowa, albowiem te są pewniejsze niż inne.

Prof. Mario Battaglia (Neapol): *Zwyrodnienie tłuszczowe i ostra nekroza wątroby i nerek z przyczyny trypanosoma Brucei.* Opisuje wyżej wspomniane zmiany anatomiczne, spotykane u zwierząt po zakażeniu ich trypanosoma Brucei.

Moresto dalla Palma (Pisa): *O raku pierwotnym płuc.* Na podstawie piśmienictwa wnosi, że ta postać chorobowa raka staje się obecnie cierpieniem czem raz częstszem zwłaszcza rak oskrzeli, Jak wynika z przypadku podanego przez autora rozpoznanie naciekowej, płatowej postaci raka nastręcza nietylko dużo trudności klinicznych lecz także i anatomo-patologicznych. W przypadku podanym proces ten był powikłany odoskrzelowem zapaleniem płuc. Tak często spotykaną duszność przy raku płuc, tłumaczy autor zniszczeniem miąższu płucnego z jednej strony, z drugiej zaś uciskiem na oskrzela przez nowotwór lub przez naciekłe gruczoły albo rakowate zapalenie naczyń chłonnych okołooskrzelowych.

G. Vercellana (Parma): *Aglutynacja niespecyficzna jako metoda zróżnicowania laseczników cholery i laseczników podobnych.* Nie nadaje się do streszczenia.

Z. Tomanek (Lwów).

Archives of Pediatrics.

Vol. XLIII. Nr. 8. — Sierpień 1926.

H. Heiman i Ph. Cohen: *Skoncentrowane żywienie dzieci starszych.* Autorowie stosowali u 200 dzieci starszych żywienie pokarmami skoncentrowanemi według tablic opracowanych przez Schicka. (o dwukrotnie większej liczbie kaloryj, niż w mleku, a więc o 40 nie 20 kalorjach przypadających na uncję). Pokarm skoncentrowany jest szczególnie wskazany u dzieci z upośledzonym apetytem, u dzieci chudych i u dzieci nadmiernie ruchliwych, których łaknienie zazwyczaj zaspokaja się normalną lub podnormalną ilością pokarmu. Podobnie jak u małych dzieci także i u starszych dzieci krzywe wzrostu wagi świadczą o skuteczności diety skoncentrowanej.

H. Lowenburg: *Brak łaknienia u dzieci.* Brak łaknienia, obserwowany u dzieci w wieku przedszkolnym, ma częste źródło w błędach dietyczno-wychowawczych, których się matka wcześnie wobec oseska dopuszczała. I tak zaczęste i lekkomyślne odłączenie dziecka od piersi, zastępcze sztuczne karmienie, przedłużone trzymanie dziecka po ukończonym roku życia wyłącznie na butelce, nazbyt długie karmienie dziecka mlekiem, brak stanowczości matki wobec kaprysów dziecka, stosowanie zabawek i nagród za posłuszeństwo w jedzeniu, oto najczęstsze czynniki wpływające na upośledzenie łaknienia. Najlepsze wyniki lecznicze daje 1) radykalna zmiana otoczenia dziecka zwłaszcza jedynaka przez przeniesienie go w inne środowisko i 2) ograniczenie wyłącznego sposobu karmienia mlekiem, a natomiast wczesne podawanie wraz z rozwijającem się uzębieniem pokarmów innych, jak mięso, które racjonalnie stosowane jest łatwiej strawnym pokarmem dla wielu dzieci, niż mleko.

Stewart H. Welch: *Pobieżny wykład o mleku.* Mleko stanowi najcenniejszy pokarm dla każdego wieku. Dieta oseska i dieta dziecka winna obfitować dostatecznie w mleko, które musi być wolne od przymieszek konserwujących, wolne od zanieczyszczeń i od bakteryj chorobotwórczych. Mleko pasteryzowane ma wyższość nad mlekiem surowem, ale najbliższem ideału jest surowe mleko kontrolowane fachowo przez Lekarską Komisję mleczną w Jefferson County. Jest ono najstosowniejszym pokarmem zwłaszcza dla oseska.

Autor podaje szereg przejrzystych krzywych, ilustrujących stały postęp w produkcji coraz lepszego mleka zdrowych krów racjonalnie karmionych w Jefferson County.

Henry Eugene Irish: *Przypadek colitis leczony podawaniem bananu.* Dziecko $4^1/_2$ letnie chore od 2 lat na wyniszczającą postać *colitis* — wzięte na mieszaną dietę z codziennym dodatkiem bananów (do 3 sztuk dziennie) — przybiera w przeciągu roku 60% wagi pierwotnej i zostaje zupełnie wyleczone.

Henry Goodman: *Węglowa lampa łukowa w pediatrji ze specjalnem uwzględnieniem chorób skórnych.* Autor posługiwał się z dobrym skutkiem leczniczym naświetlaniami węglową lampą łukową dzieci w przypadkach liszajca, w *pityriasis rosea*, w gruźlicy skóry, w łuszczycy i w wypryskach.

P. A. Mc. Lendon: *Odra krwotoczna powikłana zapaleniem mózgu i wyleczona wstrzykiwaniami krwi ozdrowieńca.* Opis

przypadku ciężkiej krwotocznej odry z zapaleniem mózgu u dziecka 7-letniego. Dwukrotne wstrzykiwanie śródmięśniowe najpierw 100 cm³ potem 75 cm³ krwi rekonwalescenta odrowego (w 2 tygodnie po przebytej odrze) — powoduje gwałtowne znikanie objawów mózgowych i nerwowych, odzyskanie przytomności i następnie zupełne wyzdrowienie.

Crawford R. Green: *Calcium lactophosphoricum stosowane przeciw wymiotom z acetonemią.* Autor opisuje 7 przypadków tego cierpienia u dzieci, w których podawanie *calcium lactophosphoricum* sprowadzało wyleczenie.

M. S. Reuben i Sidney Klein: *Ogłupienie mongolowate u obojga bliźniąt.* Krótki opis przypadków.

M. S. Reuben i H. R. Fox: *Stosunek grasicy do zespołu grasicowego.* Autorowie nie widzą, aby istniał stały, uchwytny stosunek między rozmiarami grasicy i zespołem klinicznym grasicowym. Od kilku lat u wszystkich dzieci cierpiących na drgawki — bez względu na obraz radjologiczny grasicy — stosują z doskonałym skutkiem naświetlanie grasicy promieniami X.

Vol. XLIII. Nr. 7. — Lipiec 1926.

Myer Solis Cohen: *O potrzebie usuwania bakteryjnych ognisk zakażenia w celu leczenia i zapobiegania zapaleniu wsierdzia u dzieci.* Najczęstszą furtą zakażenia w zapaleniu wsierdzia u dzieci jest niewątpliwie przestrzeń nosowo-gardłowa. Operacyjne usunięcie, lub oczyszczenie zakażonych tkanek, lub wysięków w nosogardzieli nie może usunąć wszystkich drobnoustrojów, które często pozostają na miejscu, rozmnażają się i wydzielają jady, zatruwające ustrój. Te pozostałe drobnoustroje, a nie chorobowo zmienione tkanki, stanowią właściwe, istotne ognisko zakażenia. W celu zmniejszenia możliwości reinfekcji wsierdzia w przypadkach *endocarditis* wskazane więc jest także usuwanie źródeł bakteryjnych zakażenia w górnych drogach oddechowych, szczególnie w nosogardzieli. Zadanie to spełnić można przez dostarczenie organizmowi przeciwciał, niszczących drobnoustroje zakaźne i powstrzymujących ich rozrost i produkcję jadów. Autor poleca sporządzanie autoszczepionek z flory bakteryjnej nosogardzieli chorego; szczepionka zawierać winna w 90% zabite drobnoustroje, dla danego chorego patogeniczne, o czem się przekonywa autor przez kontrolę posiewu danych bakteryj na krwi chorego, pobranej w tym celu jałowo. Autor uważa tego rodzaju podawanie autowakcyny za środek leczniczy i zapobiegawczy w przypadkach chorób, powikłanych z zajęciem wsierdzia.

Max Dreyfoos: *Sickle Cell Anemia. Niedokrwistość z deformacją krwinek na kształt „sierpów".* Autor przytacza protokół choroby *„sickle cell anemia"* u 3½ letniego dziecka murzyńskiego. Chorobę opisaną przez Herricka z Chicago charakteryzują: anemja, bole mięśni i stawów, kryzy brzuszne, zielono-żółte podbarwienie białkówek, brak obrzęku śledziony, obecność ran wrzodziejących, lub blizn na nogach i wreszcie znamienny obraz mikroskopowy krwi. Obraz cechuje zniekształcenie krwinek, które ulegają wrzecionowatemu i sierpowatemu wydłużeniu. Zniekształcenie to dotyczy 40% wszystkich czerwonych ciałek. Dużo krwinek jest jądrzastych i często widuje się fagocytozę krwinek. Autor poleca w przypadkach takich splenektomję, jako środek radykalnie leczniczy.

Jacob Sobel: *Opieka nad dzieckiem w czasie przed urodzeniem i tuż po urodzeniu.* Autor wychodzi z założenia, że życie dziecka i jego patologja zaczyna się na 9 miesięcy przed jego urodzeniem i omawia zagadnienia z dziedziny położnictwa, pedjatrji i ortopedji. W pierwszym rzędzie domaga się najdalej idącej ochrony matki w ciąży pod względem higjeny i stałej kontroli lekarskiej nad jej ciałem i duszą. Autor dopatruje się przyczyny znacznego odsetka wrodzonych kalectw i schorzeń płodów w niefortunnych zabiegach położniczych lekarzy, w zakażeniach połogowych i w kile. Duży procent śmiertelności noworodków ma swoje źródło w przedwczesnym przyjściu na świat. Autor omawia patogenezę i symptomatologję oraz terapję wewnątrzczaszkowych krwotoków noworodków, porażenie Erba, które jest szczególnie częstą postacią chorobową w Ameryce, porażenie Parrota, zakażenie pępkowe i skórne, karłowatość i jej różne postacie, kretynizm i t. p.

H. L. Ratnoff i A. M. Litvak: *Przypadek pneumokokowego zapalenia opon mózgowych leczony optochiną.* Autorowie powołując się na piśmiennictwo amerykańskie uważają chorobę za śmiertelną w 95% przypadków. Opisują przypadek, tyczący się dziewczynki 7-letniej, która w przeciągu 6 tygodni została wyleczona szeregiem powtarzanych 10 krotnie wstrzykiwań po 15 cm³ *optochinum hydrochloricum* Morgenrotha w rozcieńczeniu 1:1000. Autorowie stosowali równocześnie surowicę przeciwpneumokokową.

James W. Bruce, Morris Flexner: *Drętwica karku meninkokokowa.* Autorowie opisują przypadek *meningitis epidemicaeu* 7 letniego dziecka. Po 3 dniach pozornego wyleczenia chorego przez intenzywne stosowanie surowicy swoistej — nastąpił nawrót, którego nie udało się opanować przez samo stosowanie surowicy do kanału rdzeniowego. Dopiero wprowadzenie surowicy śródżylnie przyczyniło się zdaniem autorów do należytego wyleczenia „upartego" przypadku.

Charles G. Kerley: *Mój program karmienia dziecka.* W braku pokarmu macierzyńskiego, radzi autor podawać mleko krowie gotowane z dodatkiem mąki jęczmiennej, pszennej lub owsianej. Jest zwolennikiem mleka suszonego, soku pomarańczowego i tranu.

Harold Ruchman Mixsell: *Studjum 400 przypadków błonicy ze szczególnem uwzględnieniem serca.* Krótki wyciąg statystyczny z notatką, że w 37,5% przyczyną śmierci w przebiegu dyfterji było zapalenie mięśnia sercowego. Jako leczenie stosuje autor oprócz zupełnego spokoju morfinę. Naparstnica jest przeciwwskazana.

Mandel Zeligs: *Ostre zapalenie woreczka żółciowego w przebiegu duru brzusznego u dziecka.* Opis choroby u 12 letniej dziewczynki. Objawy bólu, napięcia mięśni brzusznych okolicy pęcherzyka żółciowego, wreszcie dodatnie badanie bakterjologiczne żółci, wydobytej zgłębnikiem dwunastniczym ustaliły rozpoznanie. Podawanie śródżylne mercurochromu przyczyniło się zdaniem autorów do wyleczenia.

Vol. XLIII. Nr. 6. — Czerwiec 1926.

Victor E. Levine: *Różnice między mlekiem krowiem, a mlekiem kobiecem.* Autor podawszy na wstępie zasadniczy rozbiór chemiczny mleka krowiego i ludzkiego omawia odmiany, jakim normalne mleko ludzkie i zwierzęce podlega pod względem chemicznym zależnie od okresu laktacji, od rasy, od momentu wydalania mleka z gruczołu, od rodzaju pożywienia matki, od miesiączkowania i od stanu nerwowego matki. Autor przedstawia ujemne strony pasteryzacjii mleka krowiego, opisuje wyczerpująco różnice ilościowe poszczególnych składników mleka ludzkiego i zwierzęcego, koncentrację jonów i kwasotę mleka.

Maynard Ladd, Helen Ewarts i Lucille Williamson Franks: *O wynikach karmienia osesków mlekiem surowem i mlekiem pasteryzowanem.* Stosowanie surowego, kontrolowanego mleka krowiego u osesków, bez dodania soku pomarańczowego i bez tranu — dawało w rezultacie znacznie większy odsetek przyrostu wagi, niż podawanie mleka pasteryzowanego samego, lub też mleka pasteryzowanego z dodatkiem soku pomarańczowego i tranu. Mleko surowe stanowiło również środek zapobiegawczy przeciw krzywicy, jak to wykazały radjogramy. Ząbkowanie dzieci odbywało się normalnie.

William H. Donnelly i Henry Reisman: *Rozpoznanie początkowej gruźlicy u dzieci.* Zdaniem autorów częstość dodatnich odczynów skórnych tuberkulinowych u dzieci nie jest tak ogólna, jak dawniej sądzono.

Dodatni odczyn tuberkulinowy u dziecka poniżej 10 r. życia ma wielkie znaczenie rozpoznawcze. Stale utrzymujący się ujemny odczyn tuberkulinowy dowodzi naogół braku zakażenia gruźliczego.

Najczęstszym typem gruźlicy dziecięcej jest cierpienie gruczołów tchawiczo-oskrzelowych, które z wyjątkiem objawu d'Espine'a nie dają uchwytnych objawów fizykalnych. Powiększenie gruczołów tchawiczo-oskrzelowych nie musi być koniecznie gruźlicze. Dzieci z początkową gruźlicą nie wykazują naogół ubytku na wadze. 64—81% dzieci szkolnych w wieku od 5-go do 14-go r. życia, wykazujących anamnestycznie kontakt z osobnikami gruźliczemi ulega zakażeniu gruźliczemu.

Definitywne wywiady rodzinno-domowe, świadczące o kontakcie ze źródłem zakażenia, powiększone gruczoły tchawiczo-oskrzelowe i dodatni odczyn tuberkulinowy — wystarczają do ustalenia rozpoznania początkowej gruźlicy dziecięcej.

Joseph H. Marcus: *Lecznicze stosowanie promieni pozafiołkowych w gruźlicy dziecięcej.* Autor zaznajamia z historją i stanem obecnym zagadnienia leczenia promieniami pozafiołkowemi. Sam obserwował pomyślne wyniki w przebiegu krzywicy, tężyczki, w wypryskach, w cierpieniu gruczołów tchawiczo-oskrzelowych, w odrze, kokluszu, grypie i zapaleniu płuc.

W leczeniu gruźlicy najlepsze wyniki okazywały postacie gruźlicy gruczołów szyjnych, oskrzelowych i kreskowych.

J. Russel Kuhn: *O chorobach śledziony ze szczególnem uwzględnieniem splenektomji u dzieci.* Splenektomja jest naogół przeciwwskazana w białaczce i w anemji złośliwej. W przebiegu choroby Gauchera i w anemji Jakscha można po dokładnej rozwadze czasami stosować splenektomję. W chorobie Bantiego, we wrodzonej żółtaczce hemolitycznej i w plamicy krwotocznej — splenektomja jest bezwzględnie wskazana. Autor nie przytacza własnych spostrzeżeń.

William Rosenson: *O przypadkowej aspiracji stearynianu cynku przez dzieci.* Autor donosi o szeregu przypadków aspiracji mączki używanej do zasypywania skóry u osesków. Ponieważ przypadki takie bywają śmiertelne autor domaga się przestrzegania uchwały Amerykańskiego Towarzystwa lekarskiego, żądającej zaprowadzenia w handlu pudełek samo-zamykających się,

przeznaczonych na zasypkę dziecięcą. Uchwała wypowiada się również przeciw używaniu tego środka w praktyce dziecięcej.

Mark Reuben i Harold Fox: *Przypadek wrodzonej sinicy u dziecka z brakiem słyszalnych tonów serca.* Autorowie opisują dziecko, które cierpiało na sinicę wrodzoną i które w 9-ym miesiącu życia wśród zabawy nagle zmarło. Badanie kliniczne i radjologiczne naogół ujemne stwierdzało brak zupełny tonów sercowych. Sekcji zwłok nie wykonano. Autorowie wypowiadają szereg domysłów rozpoznawczych.

Rowland Freeman i Edgar Miller: *Metoda ekstrakcji z kału całkowitej ilości ciał rozpuszczalnych w eterze.* Autorowie podają własną metodę, krótszą od metody Soxleta.

Mikułowski (Warszawa).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie z dnia 6 marca 1926 r.

Obecnych 18 członków; przewodniczący kol. Rożkowski.

1. Przewodniczący zawiadamia, że wieloletni skarbnik Tow. Lek. Częstochowskiego kol. Edward Kan złożył czynności skarbnika z powodu wieku i nadwątlonego zdrowia; jednomyślnie wyrażono kol. Edwardowi Kanowi wdzięczność Tow. Lek. za wieloletnią pożyteczną i uczynną działalność.

2. Uchwalono wyłonić Sekcję higjeniczną w osobach kolegów: Rożkowskiego, Szaniawskiego, Borkowskiego i innych kooptowanych; sekcja zajmie się zorganizowaniem w Częstochowie wystawy przeciwgruźliczej stałej; wystawa ma być otwarta w dn. 25-letniego jubileuszu Tow. Lek. Częstochowskiego; współudział przyrzekły Warszawskie Tow. Higjeniczne i Warszawskie Tow. Przeciwgruźlicze.

3. Kol. Okuszko przedstawił 33-letniego chorego z niewyjaśnionem rozpoznaniem *schorzenia mózgowego.* Chory od roku: objawy przedmiotowe: brodawka zastoinowa, głuchota lewostronna, ataksja; czucie skórne zachowane; odruchy skórne po stronie prawej wzmożone; po lewej — osłabione; odruch mosznowy osłabiony; Babiński — nietypowy (wyprostowanie małych palców); chory przy staniu pada; przy chodzeniu zatacza się, oczopląs; Wassermann ujemny. Rozpoznanie szpitalne: nowotwór móżdżku w kącie móżdżkowo-mostowym. Po wyjściu chorego ze szpitala kol. Okuszko ponadto spostrzegł sztywność karku i kręgosłupa, oraz objawy powiększonego ciśnienia czaszkowego; kuracja jodowa dała znaczną poprawę. Kol. Okuszko przypuszcza, że rozpoznanie waha się między nowotworem móżdżkowo-mostowym i zapaleniem opon mózgowych surowiczem na tle kiły. (Dalszy przebieg choroby potwierdził rozpoznanie nowotworu).

W dyskusji kol. Stawnicki podaje, że kuracja jodowa w szpitalu pozostawała bez skutku i że odczyn Wasermanna był ujemny jak z surowicą krwi, tak i z płynem mózgowo-rdzeniowym.

4. Kol. Petrykat odczytał referat: *„Leczenie współczesne kiły".* Mówca podkreślił wybitną różnicę w obecnem traktowaniu kiły I okresu: gdy dawniej I okres kiły nie budził w lekarzu zainteresowania i prawie nie był leczony, żeby nie przeszkadzać mobilizacji naturalnych sił odpornych ustroju — obecnie przeciwnie, w tym właśnie okresie przeprowadza się energiczne leczenie, co daje często szanse całkowitego opanowania choroby i zapobiega dalszemu jej rozwojowi. Następnie mówca omówił kolejno stosowanie przetworów rtęci (wcierki, zastrzyki domięśniowe i dożylne, metodę Linser'a); stosowanie preparatów arsenobenzolowych (dawkowanie i powikłania); stosowanie preparatów bismutowych; szczepienie zimnicy, stosowanie tuberkuliny i proteinoterapji w leczeniu wiądu rdzenia i porażenia postępującego.

W dyskusji kol. Koniecpolski sadzi, że odczyn Meinicke'go jest pewniejszy, niż odczyn Wassermanna i zapytuje prelegenta w kwestji stosowania salwarsanu przy chorobach wątroby, nerek i serca. — Kol. Petrykat odpowiada, że arsenobenzol może być stosowany przy chorobach serca, jest natomiast przeciwwskazany przy chorobach wątroby i nerek. — Kol. Okuszko podkreśla niestałość odczynu Wassermanna w różnych okresach kiły i sądzi, że neurorecydywy powstają często nie wskutek ujemnego wpływu salwarsanu, lecz przeciwnie wskutek nie dość energicznego stosowania tego przetworu. — Kol. Batawja podkreśla zdanie kol. Okuszki: objawy utraty słuchu po pierwszem zastosowaniu salwarsanu ustępują przy dalszej kuracji. — Kol. Szaniawski mówi o stosowaniu dożylnem salwarsanu u dzieci. — Prelegent jest zdania, że u 6—7 letnich dzieci można bez obawy stosować salwarsan dożylnie; zastrzyki do zatok żylnych uważa za niebezpieczne.

5. Kol. Okuszko wygłosił odczyt p. t.: *„Kasy chorych a lecznictwo"* Pomoc lekarska indywidualna w prywatnych gabinetach lekarskich przy obecnych skomplikowanych metodach badania (badania bakterjologiczne i Roentgenologiczne) nie może zadowolić szerokiego ogółu i musi ustąpić mejsca szeroko zorganizowanej medycynie społecznej; ponieważ obecnie prawie niemamy innej medycyny społecznej poza Kasą Chorych — prelegent jest gorącym rzecznikiem Kas Chorych. Aczkolwiek Kasy Chorych mają liczne braki: brak personalu urzędniczego wykwalifikowanego, brak lekarzy wykwalifikowanych w lecznictwie społecznem, wadliwość ustawy z r. 1920 (pozostawiającej czołową rolę dyrektorów w ręku osób nie mających nic wspólnego z medycyną) — jednakże po usunięciu tych braków Kasy Chorych mają przed sobą jak najlepszą przyszłość.

W ożywionej i długiej dyskusji nad wadami organizacji i pomocy lekarskiej w Kasach Chorych typu obecnego zabierali głos koledzy: Batawja, Łokczewski, Szaniawski, Wasilewski i mag. farm. Nowak. — Kol. Rożkowski podziela poglądy prelegenta co do społecznego charakteru lecznictwa w przyszłości, zastrzega jednak, że sprawy tej nie rozstrzygnie Kasa chorych, zwłaszcza w obecnym stanie jej organizacji, ale pojęta w najszerszem znaczeniu organizacja medycyny zapobiegawczo-społecznej.

Sekretarz: *Ad. Borkowski.*

Sprawozdanie Delegacji Polskiej ze Zjazdu delegatów słowiańskich w Dubrowniku (1925) i w Belgradzie (1926).

Usiłowania łącznej działalności lekarzy słowiańskich w celach „naukowych, kulturalnych, zawodowych i towarzyskich" datują się od dłuższego czasu. Powody starania się o tę ofganizację były jasne. Toteż na Zjeździe lekarskim międzynarodowym w 1900 r. zebrani uczestnicy słowiańscy przyjęli zgodnie myśl założenia „Związku Lekarzy Słowiańskich" w celach wyżej wymienionych, a środkami do tych celów miały być Zjazdy i założenie wspólnego pisma któreby zobrazowało pracę lekarzy słowiańskich, aby one nie szły w świat pod obcą flagą, jakto dotąd się dzieje.

W r. 1910 na Zjeździe lekarzy bułgarskich w Zofji przybyli i delegaci Towarzystw słowiańskich i przyjęli statut organizacyjny według projektu polskiego. Zawiązały się pojedyńcze Komitety narodowe, polski stanowili ś. p. B. Wicherkiewicz, (przewodniczący), K. Kostanecki, J. Surzycki (Kraków), ś. p. Mars, ś. p. Rydygier i niżej podpisany (Lwów). Z Polski z zaboru niemieckiego i rosyjskiego naturalnie w ówczesnych warunkach nikt nie mógł oficjalnie brać udziału. Na Zjazd nasz XI Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie przybyli delegaci z Petersburga w osobach prof. Bechterewa i Pawłowa, zapraszając na Zjazd rosyjski w r. 1912 w Petersburgu i oświadczając, że przeprowadzą myśl zawartą w statucie uchwalonym w Zofji, że na Zjazdach wszystkie języki słowiańskie są równorzędne i w nich wolno przemawiać. Miarodajne ówczesne czynniki w Petersburgu nie zgodziły się, toteż Komitet ówczesny polski odpisał, że lekarzy polscy oficjalnie udziału nie wezmą i uważają sprawę w ten sposób prowadzoną za niedojrzałą. Tak ten incydent jak i wybuchła w r. 1914 wojna światowa sprawiły, że i uchwały powzięte w Paryżu i w Zofji uznać trzeba było za nieistniejące, a to tembardziej, że na szczęście i warunki powojenne zupełnie ukształtowały się odmiennie.

Jest zasługą Towarzystwa Lekarzy Jugosłowiańskich, że poruszyło sprawę na nowo i w r. 1925 zaprosiło na swój Zjazd doroczny, który w tym roku miał się odbyć w Dubrowniku (Raguza), delegacje towarzystw lekarskich słowiańskich, aby wśród zmienionych warunków zająć się na nowo myślą Związku Lekarzy Słowiańskich.

Zaproszenie to dla Polski skierowane było na ręce Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zwróciło się wobec tego tak do innych Towarzystw polskich jak i fakultetów lekarskich, z prośbą o wysłanie delegatów, którzyby zebrali się w czasie XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w lipcu 1925 r. w Warszawie. Tak też się stało, a delegaci zebrani w sali czytelni Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego uchwalili: a) wysłać delegację do Dubrownika z poleceniem zgody na zawiązanie Związku lekarzy słowiańskich i starania się, by I Zjazd lekarzy słowiańskich odbył się w Warszawie, b) wybrano delegację, w skład której weszli z Warszawy koledzy: A. Gluziński, B. Jakimiak, W. Łapiński i W. Szumlański, z Poznania A. Jurasz i A. Karwowski.

Delegacja w tym składzie z otrzymanemi poleceniami, a z wiedzą i wskazówkami czynników naszych rządowych wyjechała na Zjazd w Dubrowniku, który trwał od 9—11 września 1925 r.

Przyjęci jaknajgościnniej zastaliśmy delegatów jugosłowiańskich (Chorwatów, Serbów i Słoweńców), delegacje towarzystw le-

karzy bułgarskich i delegację towarzystw lekarskich rosyjskich (emigrantów) z Bułgarji i Jugosławji. Delegacja Towarzystwa czechosłowackiego nie przybyła jak się pokazało na Zjazd tegoroczny w Belgradzie z powodu nie otrzymania na czas zaproszenia, wskutek niewłaściwego adresowania.

Równorzędnie z rozprawami zjazdowemi na których wygłosił odczyt Dr. Szumlański „O rozwoju pracy lekarskiej polskiej“ odbywały się narady delegatów słowiańskich, a na ostatniem posiedzeniu uchwalono następujące rezolucje:

1. Wszechsłowiański Związek Lekarski jest konieczny i potrzebny w celu wzajemnego zbliżenia naukowego, zawodowego i towarzyskiego.

2. Zarząd Jugosłowiańskiego Towarzystwa Lekarskiego otrzymuje mandat, ażeby porozumiał się ze wszystkiemi Słowiańskiemi Towarzystwami w celu utworzenia tymczasowego Komitetu złożonego z 3 delegatów Jugosławji i po 2 delegatów od każdego państwa słowiańskiego. Wybrani delegaci tworzą Komitet, który wspólnie z Zarządem Jug. Tow. Lek. opracuje projekt statutu Wszechsłowiańskiego Związku Lekarskiego i po dokonaniu tych prac przedwstępnych wybierze (wyznaczy) miejsce i termin pierwszego Zjazdu Lekarzy słowiańskich.

3. Jest pożądanem, aby wszystkie prace przygotowawcze, jak również projekt statutu były gotowe na przyszły Zjazd Jugosłowiańskiego Lekarskiego Towarzystwa w Belgradzie, który się odbędzie we wrześniu r. p. Delegaci ze wszystkich krajów słowiańskich zgromadzą się tam i zatwierdzą miejsce i czas pierwszego Zjazdu Lekarzy Słowiańskich.

Z tym wynikiem wróciła delegacja z Dubrownika i zdała sprawozdanie T-wu Lek. Warszawskiemu, a nadto pisemne sprawozdanie Min. Wyz. Rel. i O. Publ., Min. Spr. Wewn. i Min. Spr. Zagr.

Zarząd Tow. Lek. Warsz. wobec wyżej podanych rezolucyj, zaprosił znów delegatów Towarzystw Lek. na zebranie w Warszawie, które odbyło się d. 6 stycznia 1926 r. i w myśl rezolucji wybrało 2 delegatów na Zjazd Lekarzy Jugosłowiańskich mający się odbyć we wrześniu 1926 r. w Belgradzie, a którzy wraz z innymi delegatami towarzystw słowiańskich mieli: a) ułożyć statut Związku Lekarzy Słowiańskich, na podstawie projektu przygotowanego przez Zarząd Towarzystwa Lekarzy Jugosłowiańskich, b) wybrać miejsce pierwszego Zjazdu Lekarzy Słowiańskich. Delegatami wyznaczono kolegów: A. Gluzińskiego i B. Jakimiaka a zastępcami A. Jurasza, A. Karwowskiego i W. Łapińskiego z prośbą, by starali się nie odmówić i wszyscy jechać do Belgradu dla dobra sprawy.

Otrzymawszy ten mandat, a nadto wskazówki i od czynników rządowych, by starać się ażeby I Zjazd Lekarzy Słowiańskich odbył się (1927) w Warszawie wzięliśmy, jakkolwiek wielu z nas przezwyciężając naprawdę wiele trudności i wypełniając officium boni vieri, wszyscy pięciu udział w Zjeździe belgradzkim.

Tu pokazało się, że Tow. Lek. Jug. przygotowało tylko materjały do statutu, ale nie sam statut.

Po dyskusji na posiedzeniu delegatów, w którym wzięli udział prócz przeszłorocznych także delegat Towarzystwa Lek. Czechosłowackiego (2-gi delegat ś. p. kol. Semerad tuż przed Zjazdem nagle niestety życie zakończył) na wniosek delegacji polskiej uchwalono jednogłośnie: a) I-szy Zjazd Lekarzy Słowiańskich ma się odbyć w Warszawie 1927 r.), b) wobec nie wygotowania w całości projektu statutu, przekazać zebrane materjały komisji, w skład której wejdą po 1 delegacie z zebranych grup, a ci zjadą się w Pradze i najdalej do końca grudnia b. r. ułożą według otrzymanych wskazówek statut.

Wybranie tematów do rozpraw przekazano delegacji polskiej. Termin Zjazdu wyznaczono na koniec maja lub początek czerwca 1927 r. Dodać należy, że na posiedzeniu Towarzystwa Lek. Jugosłowiańskich, na którym przedstawiano sprawę gruźlicy na ziemiach słowiańskich, odczytał kol. Łapiński, pracę Generalnego dyrektora Służby Zdrowia, Dra Wroczyńskiego, który osobiście nie mógł przybyć.

Tak sprawa stoi dzisiaj. Pierwszy Zjazd Lekarzy Słowiańskich odbędzie się w Warszawie. Stoimy przed ważnym zadaniem. Tworzy się osobny Komitet, do którego wezwani będą delegaci naszych Towarzystw Lekarskich i Wydziałów Lekarskich, ufny, że znajdzie poparcie ogólne tak wśród kolegów, społeczeństwa jak i czynników rządowych i samorządowych. Czas do pracy nie długi, tem rączej do niej zabrać się musimy. Wymaga tego dobro sprawy i honor narodowy. To też kończąc to sprawozdanie prosić nam trzeba o pomoc w tych wspólnych naszych dążeniach i usiłowaniach.

Warszawa, 19 października 1926 r.

Antoni Gluziński, przewodniczący delegacji.

Trzeci Zjazd Polskich Historyków i Filozofów Medycyny.

W dniach 10 i 11 października b. r. obradował w murach Wielkopolskiej stolicy odłam, przedstawicieli lekarzy, pielęgnujących wzniosłe zrozumienie dla dziejowych pamiątek kultury. Poznań stanowił niejako najbardziej właściwe tło dla zjazdu lekarzy-historyków — ponieważ właśnie dzielnica Wielkoplska jest — można rzec — kolebką — naszej historjografji medycznej — bowiem podwaliny pod tą gałąź wiedzy położyli synowie tej ziemi — jak n. p. Arnold, jeden z pierwszych historyków medycyny, dr. Ludwik Gąsiorowski — pierwszy autor systematycznej całości dziejów medycyny — oraz szereg innych zasłużonych mężów, jak — Zaremba, Zielewicz i Biegański. I właśnie w Poznaniu wychodzi obecnie niedawno powołane do życia archiwalne pismo — poświęcone zagadnieniom historyczno-filozoficznym polskiej medycyny. Nic więc dziwnego w tem, że światłe społeczeństwo poznańskie, mając zrozumienie dla kulturalnego znaczenia i powagi niniejszego zjazdu, jawiąc się licznie w sali obrad — z wielkiem zainteresowanem śledziło ich tok, Wielkopolska zaś prasa codzienna jako rzecznik opinji społecznych — na łamach swoich poświęcała obszerne sprawozdania, dotyczące przebiegu posiedzeń naukowych.

Inauguracja Zjazdu odbyła się w salach Uniwersytetu Poznańskiego. Po przemówieniu przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego p. prof. A. Wrzoska, Zjazd witali: w imieniu Uniwersytetu Poznańskiego i tamtejszego Towarzystwa Przyjaciół Nauk p. Rektor Wszechnicy Poznańskiej prof. J. Grochmalicki, w imieniu Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego p. Dziekan A. Jurasz, w imieniu Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego prof. F. Giedroyć, w imieniu Departamentu Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskowych pułkownik dr. L. Zembrzuski, w imieniu Bibljoteki Djecezji Poznańskiej ks. dyrektor Majkowski, w imieniu Redakcji „Nowin Lekarskich“ prof. P. Gantkowski, w imieniu Wydziału lekarskiego Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk i w imieniu oddziału Związku Lekarzy Rzeczypospolitej na Polskę Zachodnią prof. A. Karwowski. Nadto na zjeździe reprezentowali DOK. Poznań gen. lekarz dr. Pilecki, Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego p. prof. W. Szumowski i Wydział Lekarski Uniwersytetu Stefana Batorego prof. S. Trzebiński. Nadto nadeszły liczne depesze i pisma z życzeniami dla Zjazdu.

Inauguracyjny wykład wygłosił dr. Z. Klukowski z Szczebrzeszyna pod tytuł.: „Lekarze jako dowódcy oddziałów powstańczych w r. 1863“, poczem kolejno wygłosili wykłady: prof. Szumowski pod tyt.: „O medycynie ludów pierwotnych“, prof. S. Trzebiński: „Logika medycyny w ujęciu Blane'a, Oesterlena i Biegańskiego“, prof. H. Nusbaum: „Twórcza naukowa działalność Wydziału Lekarskiego Szkoły Głównej Warszawskiej“, dr. W. Janusz: „Jan Sobieski, jako założyciel szpitala wojskowego we Lwowie“, dr. R. Matuszewski: „Przyczynki do życiorysu Józefa Strusia na podstawie źródeł archiwalnych“, dr. Z. Klukowski: „Sprawa o szerzeniu dżumy w Lublinie w r. 1711“, dr. R. Wierzbicki: „Wiktor Szokalski jako pamiętnikarz“, prof. W. Szumowski: „Sprawa Sebastjana Petrycego z Akademją Krakowską“, prof. A. Wrzosek: „Dzieje antropologji w Polsce w XIX stuleciu“ i dr. W. Janusz: „Kartka z życia lekarzy wileńskich XVI wieku“. Na tem zakończono obrady pierwszego dnia Zjazdu. W drugim dniu Zjazdu wygłosili odczyty: pułk. dr. L. Zembrzuski: „Przyczynek do założenia Szpitala Ujazdowskiego w Warszawie“, prof. S. Trzebiński: „O niewydanej propedeutyce lekarskiej F. Rymkiewicza — prof. medykochirurgicznej Akademji Wileńskiej“, dr. W. Janusz: „Przyczynek do dziejów szkoły położnych w Białymstoku“, prof. A. Wrzosek: „Poglądy Józefa Dietla na dzieje medycyny“, dr. Z. Klukowski: „Sprawa o grzech sodomski w Lublinie w roku 1637“. Zakończył Zjazd wykład prof. A. Wrzoska pod tyt.: „Poglądy religijne znakomitych lekarzy polskich XIX stulecia“. Prawie wszystkie wykłady wywołały dyskusję, nieraz bardzo ożywioną. Nadto poruszano sprawę zredagowanego przez prof. A. Wrzoska statutu Polskiego Towarzystwa Miłośników Historji i Filozofji Medycyny oraz Historji Nauk Przyrodniczych“.

Na wniosek prof. A. Wrzoska Zjazd uchwalił po wysłuchaniu odczytu dra Klukowskiego „O lekarzach jako dowódcach oddziałów powstańczych w r. 1863“, przesłać wyrazy hołdu i czci wybitnym lekarzom uczestnikom powstania styczniowego, a mianowicie drom Augustowi Kwaśnickiemu w Krakowie, prof. Benedyktowi Dybowskiemu we Lwowie, prof. Zygmuntowi Laskowskiemu w Genewie i drowi W. Stankiewiczowi w Warszawie. Nadto Zjazd po wysłuchaniu wykładu dra W. Janusza o „Sobieskim jako założycielu szpitala wojskowego we Lwowie“ uchwalił na wniosek pułk. dra L. Zembrzuskiego zwrócić się do Szefa Departamentu Sanitarnego w Ministerstwie Spraw Wojskowych z prośbą o nadanie Szpitalowi Okręgowemu we Lwowie nazwy „Szpitala wojskowego imienia króla Jana Sobieskiego“.

W miłej i wdzięcznej pamięci zachowają uczestnicy — chwile swego pobytu w Poznaiu dzięki nadzwyczaj szczerej i prawdziwie staropolskiej gościnie, którą doznali w dumnych murach prastarej piastowej dzielnicy. Organizatorowie Zjazdu prześcigali się w chęci umilenia gościom pobytu, pragnąc by uczestnicy z różnych stron Polski przybyli — wywieźli jeno — jak najpiękniejsze wrażenia. Już — pierwszego dnia — po obiedzie wydanym przez prof. A. Wrzoska — organizacje lekarskie m. Poznania — jako to: Wydział Lekarski Poznań. Towarzystwa Przyjaciół Nauk — przyjęły gości bankietem, urządzonym w Bazarze z całą wystawnością na ich cześć, w czasie którego wzniesiono wiele toastów i wygłoszono wiele przemówień. Owe zebranie — mające wszelkie cechy niezwykłej serdeczności uświetnili swoją obecnością p. Prezes Poznańskiego Tow. Przyjaciól Nauk prof. B. Dembiński, p. Rektor Uniwersytetu Poznańskiego prof. J. Grochmalnicki i Generalny sekretarz wspomnianego Towarzystwa prof. S. Dobrzycki.

Również niezwykle ruchliwy i nader uczynny prof. A. Karwowski z właściwą sobie a znaną chyba w całej Polsce gościnnością nie omieszkał zaprosić uczestników Zjazdu do swoich prywatnych apartamentów, podkreślając tym samym wspólne łączne nici, któremi się wiąże i przeplata historja medycyny z praktycznemi jej katedrami. Następnego dnia po przyjęciu u dra R. Wierzbickiego zaprojektowano nader ciekawą wycieczkę do Kurnik — do pałacu hr. Zamojskich celem obejrzenia wspaniałych zbiorów historycznych rodzin Działyńskich i Zamojskich — stanowiących obecnie dzięki zapisowi ś. p. Władysława Zamojskiego — własność Narodu, przyczem hr. M. Zamojska podejmywała przybyłych gości podwieczorkiem. Serdeczną gościnnością — nadającą Zjazdowi charakter jaknajwiększego ożywienia — złożyło społeczeństwo poznańskie pełne dowody zrozumienia dla ważności powagi powyższego Zjazdu — uzasadniając tem samem dobitnie, że zasłużyliśmy w zupełności na słowa uznania ze strony Niemców — którzy powściągliwie niezwykle w krytyce postępów obcej kultury — wyrażają się, że polska historja medycyny winna być wzorem dla wielu narodów Zachodu.

W. Janusz (Lwów).

Ś. p. Dr. m. LUDWIK GURANOWSKI.

Wspomnienie pośmiertne.

Dnia 3 sierpnia r. b. zmarł nagle, bez cierpień w Ciechocinku, dokąd przybył na odpoczynek po mozolnej całorocznej pracy ś. p. Ludwik Guranowski w wieku lat 73, doktór medycyny Uniwersytetu Stefana Batorego, nestor polskich otjatrów i jeden z najwybitniejszych i najpracowitszych lekarzy polskich.

Urodzony w Kaliszu 11 sierpnia 1853 r. ukończył tam gimnazjum w roku 1870, poczem wstąpił początkowo na Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Po roku studjów przeniósł się do Wrocławia. a następnie po dwuch latach do Dorpatu. Wydział lekarski ukończył tam w roku 1876.

Powołany do czynnej służby wojskowej pełnił obowiązki lekarza wojskowego do 1879 r. po zwolnieniu wstąpił na służbę do Ziemstwa Czernihowskiego, gdzie pozostawał do roku 1881. Stęskniony wszakże za krajem porzucił służbę w ziemstwie i wyjechawszy na studja specjalne do Berlina i Wiednia, powrócił do Waszawy, gdzie osiadł na stałe.

Czując potrzebę pracy szpitalnej wstąpił na oddział chirurgiczny w szpitalu Dz. Jezus, gdzie pracował pod kierunkiem Dr. W. Orłowskiego i jednocześne z całym zapałem oddał się studjum w zakresie wybranej przez siebie specjalności — otjatrji, przyczem uwzględniał nie tylko stronę kliniczną, ale jednocześnie nie zaniedbywał badań bakterjologicznych i anatomopatologicznych.

W roku 1888 ogłasza przypadek krupowego zapalenia przewodu zewnętrznego i błony bębenkowej, przyczem szczegółowe badania przez niego przeprowadzone stwierdziły, że błony rzekome były wywoływane przez laseczkę ropy błękitnej, fakt dotychczas przez nikogo nie notowany.

Sumienność i dokładność badań zwróciły uwagę na młodego badacza w kraju i zagranicą. Już przedtem Guranowski podał przyczynek do sprawy zamknięcia przedziurawienia błony bębenkowej za pośrednictwem błony z jaja kurzego, który wskazał, że Medycyna Polska zyskała w młodym badaczu poważnego pracownika naukowego i doświadczonego otjatrę.

Potem idzie szereg prac pierwszorzędnej wartości klinicznej, jak studjum o ciałach obcych w uchu, ostrem zapaleniu ucha środkowego, przypadek nekrozy błędnika i inne. Prace te ogłoszone w czasopismach lekarskich polskich i cudzoziemskich, zyskały mu tytuł członka Warszawskiego Tow. Lekarskiego oraz Członka Korespondenta Francuskiego T-wa Otolaryngologicznego.

Bogata wiedza lekarska zarówno ogólna jak i specjalna, znajomość języków obcych, oczytanie zwróciły na niego uwagę kolegów i w roku 1893 przez grono lekarzy założycieli tygodnika Medycyny został powołany na jego wydawcę i tu wykazał wielką energję, pracowitość i pomysłowość.

Kiedy Kronika Lekarska w roku 1898 zlała się z Medycyną ś. p. Guranowski pozostał nadal jej wydawcą i na tem stanowisku pozostał aż do chwili zamknięcia tego wydawnictwa w roku 1918.

Energja, pracowitość, wielki spokój i rozwaga, jakie cechowały zmarłego sprawiały, że w każdej instytucji, w której brał udział wybierano go na stanowiska czołowe.

W Warszawskiem T-wie Lekarskiem zostaje członkiem zarządu i gospodarzem lokalu, Prezesem Zarządu Kasy Pożyczkowo-oszczędnościowej. Członkiem Zarządu i Skarbnikiem Polskiego Stowarzyszenia Lekarzy. Powstałe jeszcze przed wojną Polske T-wo Otolaryngologiczne wielokrotnie wybierało go na swego prezesa w ostatnich latach mianowało go swoim członkiem honorowym. Jednocześnie przez cały czas pełnił obowiązki Redaktora Naczelnego Polskiego Przeglądu Otolaryngologicznego. Z chwilą powołania do życia Izby Lekarskiej ś. p. Guranowski zostaje członkiem Rady Izby, a następnie członkiem Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej, w roku 1925/26 zaś Jej sędzią.

Wileński Uniwersytet w uznaniu zasług jego naukowych nadał mu tytuł doktora medycyny w r. 1925.

Szeroką była działalność społeczna ś. p. Guranowskiego, pomimo to znajdował on dość czasu jeszcze, aby do ostatniej chwili pracować naukowo, brać udział we wszystkich polskich Zjazdach lekarskich, ogólnych i specjalnych i wygłaszać na nich odczyty, — oraz zawodowo jako lekarz praktyk, lekarz otolaryngolog szkół powszechnych m. Warszawy i lekarz Kasy Chorych. W ciągu wielu lat kontynuował on pracę Kośmińskiego, uzupełniając spis lekarzy polskich z podaniem ich życiorysów i prac naukowych i społecznych. Praca ta, stanowiąca bogate źródło wiadomości o stanie lekarskim polskim, o działalności lekarzy, powinna zostać wydana, a następnie znaleść kontynuatora.

Z ś. p. Ludwikiem Guranowskim zeszedł do grobu człowiek prawy, szlachetny, miłujący ojczyznę i naukę i czynem pracą, spokojną a wydajną miłość tę stwierdzający.

Pamięci zacnego kolegi, dzielnego pracownika, uczonego lekarza cześć!

Ś. p. Guranowski ogłosił drukiem następujące prace:

1) Przypadek krupowego zapalenia zewnętrznego przewodu słuchowego i błony bębenkowej. Gaz. Lek. Nr. 33., 1888 r.

2) To samo po niemiecku.

3) Przyczynek do kazuistyki szczepienia błony z jaja kurzego na przedziurawioną błonę bębenkową. „Medycyna" 1887.

4) To samo po niemiecku.

5) Ocena 2-go wydania podręcznika otjatrji prof. J. Grubera w Monat. f. Ohren. w Nr. 11 i 12, 1888 r. po niemiecku.

6) O ciałach obcych w uchu „Medycyna" 1892.

7) O ostrem zapaleniu ucha środkowego (ot. m. acuta) w przebiegu influenzy „Medycyna", 1893.

8) Przypadek gruźliczego zapalenia ucha środkowego i kilka uwag o gruźlicy ucha środkowego wogóle „Medycyna" 1894.

9) To samo po niemiecku w M. f. Ohr. Nr. 12, 1894.

10) Przypadek nerkozy błędnika „Medycyna" 1897. To samo po niemiecku.

11) Przypadek podwójnego przewodu słuchowego. Przegl. Chirurg. 1898 r.

To samo po niemiecku w Zeitschr. f. Ohr. Bd. 34, H. 2—3.

12) Obecny stan wiedzy o t. zw. „Otosklerozie". „Medycyna" 1906.

13) Ubezpieczenie na życie, a choroby narządu słuch. „Medycyna" i Kr. Lek. 1916 r.

14) Kilka uwag w sprawie t. zw. Objawu Wanner'a „Medycyna" i Kr. Lek. 1918 r.

15) O wskazaniach do operacji doszczętnej w przewl. zapal. ucha środkowego „Medycyna" i Kr. Lek.

16) O leczeniu przewlekłego ropienia ucha środkowego metodą Schönemanna. Polski Przegl. Otolaryng. Nr. 5. T. I.

17) Badania uszu, nosa i gardła w szkołach powszechnych. Pol. Przegl. Otolar. 1925 r.

Prof. Dr. J. Szmurło.

LISTY DO REDAKCJI.

Lublin, dnia 25 października 1926 roku.

Do
Polskiej Gazety Lekarskiej we Lwowie.

W sprawozdaniu ze Zjazdu Lekarzy Polskich na Górnym Śląsku w Katowicach 23 do 26 września 1926 roku w dziale przemówień powitalnych napisano, że Dr. Brzeziński witał Zjazd w imieniu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie.

Nie mając zaszczytu być członkiem Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie, nie mogłem przemawiać w imieniu tego Stowarzyszenia. Na Zjeździe byłem jako delegat Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego i przemówienie powitalne wygłosiłem w imieniu tego Towarzystwa, jak również w imieniu Izby Lekarskiej Lubelskiej.

O sprostowanie tej omyłki uprzejmie proszę.

Z poważaniem
Dr. Adam Brzeziński
Członek Zarządu Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego i zastępca Naczelnika Izby Lekarskiej Lubelskiej.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

I-szy Zjazd anatomo-zoologiczny odbył się w Warszawie w czasie od 30 października do 2 listopada b. r. W sobotę 30 października rozpoczął się Zjazd zebraniem koleżeńskiem w lokalu restauracji hotelu „Polonja". W niedzielę odbyło się uroczyste otwarcie Zjazdu w lokalu „Anatomicum" poczem referaty programowe wygłosili: Prof. K. Kostanecki z Krakowa: „O znaczeniu t. zw. wyrostka robaczkowego" i Prof. T. Tura z Warszawy na temat: „Zagadnienia wytyczne embrjologji potworów złożonych". Ogółem wygłoszono 70 referatów.

I-szy Zjazd b. pracowników Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarjatu w Warszawie odbył się w niedzielę 31 października 1926 r. w gmachu Państwowej Szkoły Higjeniczny — ul. Chocimska 24 w Warszawie. Na program Zjazdu złożyło się: 1) Zagajenie — Prezes Komitetu Organizacyjnego Zjazdu, Generalny Dyrektor Służby Zdrowia, Dr. Czesław Wroczyński. 2) Powstanie, organizacja i działalność N. N. K. — Prof. Dr. Emil Godlewski, senator. 3) Akcja repatrjacyjna w latach 1921—23 — Władysław Grabski, b. Prezes Rady Ministrów. 4) Działalność N. N. K. w okresie repatrjacji — Dr. G. Sztolcman. 5) Zagadnienie duru plamistego w przeszłości i przyszłości — Generalny Dyrektor Służby Zdrowia, Dr. C. Wroczyński. 6) Wpływ działalności N. N. K. na zagadnienia sanitarne Państwa — Dr. Henryk Palester, Naczelnik Wydziału Chorób Zakaźnych. Zwiedzenie Państwowego Zakładu i Szkoły Higjeny i Ośrodka Zdrowia w Amelinie.

Częstochowa.

Jubileusz 25-lecia Towarzystwa Częstochowskiego. W niedzielę dnia 17 października b. r. święcono uroczyście 25-lecie częstochowskiego Towarzystwa Lekarskiego, którego założycielem i do końca życia prezesem był wielki lekarz i myśliciel polski Władysław Biegański, zmarły w r 1917. Częstochowskie Towarzystwo Lekarskie, którego prezesem jest obecnie dr. Karol Rożkowski, umyślnie urządziło uroczysty obchód jubileuszu, żeby przypomnieć społeczeństwu niezmordowaną twórczość i piękne ideały Biegańskiego. Na jubileusz przybyli przedstawiciele rządu i samorządów oraz najwybitniejsi przedstawiciele świata lekarskiego z całej Polski, wydziałów lekarskich Towarzystw lekarskich. Między innymi przybyli z Krakowa profesorowie Kostanecki, Godlewski, Ciechanowski, Szumowski, z Warszawy prof. Gluziński, Kryński, Noiszewski, Michałowicz, dr. Bączkiewicz, Polak, ze Lwowa prof. Rencki, Nowicki, dr. Papée, z Wilna prof. Trzebński, z Poznania prof. Karwowski i Gantkowski. Z górą 40 organizacyj lekarskich składało Towarzystwu życzenia, podnosząc jednozgodnie zasługi Biegańskiego, jego wzniosłe ideały, nieprawdopodobną wprost w warunkach pracy lekarza prowincjonalnego działalność naukową, twórczą na polu medycyny i filozofji. Po południu odbyła się uroczysta akademja ku czci Biegańskiego, na której prof. Kostanecki podnosił zasługi Biegańskiego w imieniu polskiej Akademji Umiejętności, a prelegenci dr. Sterling z Łodzi, prof. Trzebiński z Wilna i dr. Michałowicz z Warszawy przedstawili licznie zgromadzonej publiczności działalność Biegańskiego lekarską, filozoficzną i społeczną. Wieczorem w salach hotelu „Polonja" Częstochowskie Towarzystwo lekarskie urządziło na cześć przybyłych gości wspaniały bankiet na 150 osób, który się przeciągnął przy dźwiękach muzyki aż do białego rana.

Kraków.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę 27. X. b. r. o 8,15 wiecz. posiedzenie naukowe. Na porządku dziennym demonstracje chorych. Z Klin. Dermatol.: Prof Walter, Dr. Marcyaniak, Z Oddz. VI. Szpit. św. Łazarza.: Doc. Artwiński, Dr. Ślączka, Dr. Rost, Dr. Wander. Z Oddz. III. Szpit. św. Łazarza Doc. Zubrzycki. Z Klin. okulistycznej: Prof. Majewski.

Ze świata.

Wymiana personelu sanitarnego. (Ze sprawozdania V Serji Komitetu Higjeny przy Lidze Narodów). Na posiedzeniu Komitetu Higjeny przy Lidze Narodów, które odbyło się w Genewie od 26 kwietnia do 1 maja r. b. referowano między innemi sprawozdanie z wymiany personelu sanitarnego, dokonanej w czasokresie od listopada 1925 r. do 1 kwietnia 1926 r. W tym okresie czasu odbyły się 4 wymiany personelu sanitarnego: 1) w Japonji, 2) w portach basenu m. Śródziemnego, 3) w Londynie dla lekarzy samorządowych, 4) w Afryce. Pierwsza wymiania, rozpoczęta w Tokjo 18 listopada 1925 r., zakończyła się w Dairen 4-go grudnia, brało w niej udział 17 lekarzy z następujących krajów: Australji, Chin, Hong-Kongu, Indjii Brytyjskiej i Holenderskiej, Indochin, Nowej Zelandji, Syamu i Rosji Sowieckiej. Po tygodniu ogólnych konferencji w Tokio rozpoczęto podróż właściwą, podzieloną na 3 części: a) zwiedzenie organizacji sanitarnych w Japonji, zwłaszcza w Tokio, Yokohamie, Osaka i Kyoto, b) zwiedzenie głównych centrów i organizacji sanitarnych w Korei, 3) zwiedzenie organizacji higjenicznych, należących do kompanji kolejowej południowo Mandżurskiej wzdłuż linji kolejowej od Mukdenu do Dairen. Druga wymiana pod przewodnictwem dr. Raynau, generalnego inspektora służby zdrowia w Algierze rozpoczęła się w Barcelonie 11 listopada 1925 r. — objęła 12 lekarzy sanitarnych należących do następujących krajów: Algier, Egipt, Hiszpanja, Francja, Wielka Brytanja, Grecja, Włochy, Jugosławja i Syrja. Zakończenie odbyło się w Genewie 22-23 grudnia. Trzecia wymiania rozpoczęła się 22 lutego 1926 roku, w Londynie, skończyła się 1 kwietnia w Genewie; wzięło w niej udział 15 lekarzy, należących do następujących krajów: Austrja, Niemcy, Brazylja, Kanada, St. Zjedn. Am. Półn., Francja, Grecja, Węgry Włochy, Japonja, Panama, Polska, Rumunja, Jugosławia i Rosja Sowiecka. Zwiedzono szczegółowo organizację służby zdrowia w Radzie Hrabstwa Londynu i w poszczególnych rejonach — miastach Londynu. W tej wymianie brali udział wyłącznie lekarze samorządowi, którzy na ostatecznej konferencji w Genewie (od 29 marca r. b. do 1 kwietnia) przedstawili swe referaty, wyrażając nadzieję, iż będą w stanie zastosować osiągnięte w Anglji zdobycze na miejscu zależnie zresztą od możliwości budżetowych poszczególnych samorządów. Czwarta wymiana zaczęła się w Dakar 20 marca na terytorjum Afryki; wzięło w niej udział 17 lekarzy sanitarnych z kolonij belgijskich, angielskich, francuskich i portugalskich. Po 1 kwietniu r. b. projektowane były i doszły do skutku następujące 2 wymiany: jedna — inżynierów sanitarnych — liczba uczestników ściśle ograniczona do 16 — uczestnicy mieli zwiedzać w ciągu miesiąca podzieleni na 4 grupy duże miasta, jak Birmingham, Glasgow, Liiverpool i Schaffied; kilka dni mieli spędzić w Londynie i uczestniczyć na kongresie jubileuszowym Królewskiego Sanitarnego Instytutu (Royal Sanitary Institute). Druga wymiana ogólna miała się odbyć w Danji od 27 maja do 30 czerwca i specjalnie przeznaczona dla tych, co interesują się organizacją wiejskiej służby zdrowia — liczba uczestników 16 z następujących krajów: Bułgarja, Kuba, Niemcy, Hiszpanja, Estonja, St. Zjedn. Amer., Wielka Brytanja, Węgry, Norwegja, Szwecja, Jugosławja, Szwajcarja i Czechosłowacja. *Dr. A. Starzyński.*

Redakcja otrzymała.

Dr. Marjan Zachert: Jaglica u dzieci, postać kliniczna i klasyfikacja. Odbitka z „Kliniki ocznej" zeszyt 1-szy z r. 1926.

Dr. M. Zachert: „Contrebution à l'étude de la méthode d'extraction des corps étrangers magnetiques intra-oculaires. Odbitka z „Revue Génerale d'ophtalmologie. Nr. 10. z października 1925.

Pièrre Brocq. „Les pancréatites aigües chirurgicales", wydanie „Annales de la clinique chirurgicale du Prof. Pièrre Delbet, nakładem firmy Masson et Cie Paris.

Wells P. Eagleton „Thrombo-phlébite infectieuse du sinus cavernaux et lésions associées septiques et traumatiques des sinus veineux de la base", nakładem firmy Masson et Cie Paris.